

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

**ÓSCAR GALLO**

**TRABALHO, MEDICINA E LEGISLAÇÃO NA COLÔMBIA  
(1910-1946)**

Tese de doutorado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
História da Universidade Federal de  
Santa Catarina, como pré-requisito  
para obtenção do título de Doutor em  
História Cultural

Orientador: Prof. Dr. Adriano Duarte

**FLORIANOPOLIS**  
2015

## **AGRADECIMIENTOS**

Ao programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina e a CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

Aos professores da pós-graduação em história e aqueles que conheci nos programas de pós-graduação em sociologia, saúde coletiva e interdisciplinar.

Gostaria de agradecer enormemente à Prof. Dra. Renata Palandri Sigolo pela orientação e apoio nos primeiros anos do doutorado. Igualmente agradeço ao Prof. Dr. Adriano Luiz Duarte pela confiança e orientação na etapa final da tese. Ao Prof. Dr. Jorge Márquez Valderrama da Universidade Nacional da Colômbia, pelos comentários atentos, apoio e amizade desde que comecei a pesquisar temas relacionadas com a história da medicina.

A Diana Grisales pelo amor, carinho, incentivo, amizade, companhia, generosidade, cuidado. Definitivamente, essencial em meu passado, meu presente e meu futuro.

Aos meus queridos amigos aqui no Brasil (Eduardo, Joachim, Ricardo, Maria Fernanda) e na Colômbia (Jorge, Luis, Juan, Jazmín), e a muitos outros que conheci agradeço pela amizade, as festinhas, as risadas, as discussões acadêmicas e discussões menos sérias. Aos brasileiros, agradeço enormemente, ter-me acolhido tão bem todos estes anos.

Finalmente, agradeço muito aos professores da banca examinadora por terem aceitado o convite de avaliar esta tese, pelas sugestões e críticas que farão deste um melhor trabalho.



## RESUMO

Na primeira metade do século XX, consolidou-se na medicina um campo de conhecimento diretamente preocupado com a saúde dos trabalhadores. Em contraste com a higiene social e os esforços característicos da saúde pública, a medicina do trabalho visava prevenir os acidentes de trabalho e diagnosticar doenças que afetavam especificamente os trabalhadores. As razões para o surgimento da medicina do trabalho mudam de um país para outro, mas pesquisas recentes sugerem que houve avanços definitivos neste campo em torno da década de 1930. A medicina do trabalho contrasta com outras formas de medicina, principalmente, porque seu objeto de estudo são cidadãos trabalhadores, amparados por certos direitos sociais. Existe, certamente, ampla discussão sobre estes temas sob outros pontos de vista. Contudo, parte-se do pressuposto que, na Colômbia, os trabalhadores são sujeitos do direito positivo, desde a lei n. 57 de 1915, sobre acidentes de trabalho, e que a Reforma Constitucional de 1936 reiterou o trabalho como um direito social. Coerente com esta ideia de cidadania social, os capítulos foram construídos sobre a ideia de que a saúde dos trabalhadores deve ser entendida em sua dimensão e complexidade, considerando-se o processo de objetivação médica das questões relativas ao trabalho e o processo de legitimação e institucionalização destes aspectos. Daí que o primeiro capítulo, analise o problema das doenças sociais, mais concretamente o alcoolismo, reflete sobre a emergência da fadiga no discurso médico colombiano e, por último, busca analisar o debate sobre o fator humano, fundamental para a emergência de uma nova forma de se observar o corpo do trabalhador. No segundo e terceiro capítulos, procurou-se compreender quando e como se passou das perspectivas do *infortúnio* para a do *acidente de trabalho*; da *enfermidade* para a da *doença profissional*. Todo isso vinculado a uma série de transformações discursivas e legislativas. No quarto capítulo, analisou-se o contexto histórico e o processo de formação e funcionamento do Escritório Geral do Trabalho e da Inspeção Nacional do Trabalho. O conjunto, mostra a emergência de um *saber sobre os corpos em risco* e o processo concomitante de surgimento da legislação trabalhista no que tange concretamente a questões de saúde e, por sua vez, as instituições laborais correlatas.

**Palavras-chave:** Medicina do trabalho; Legislação Trabalhista; Medicina Ocupacional



## ABSTRACT

In the first half of the 20th century, a medical specialty concerned with workers' health was consolidated. In contrast to social hygiene and the efforts on public health, the occupational medicine aimed at preventing work-related accidents, and diagnose diseases specifically affecting the workers. The reasons for the consolidation of occupational medicine change from one country to another, but recent research suggests that there was a critical progress in this field around the 1930's. The occupational medicine contrasts with other forms of medicine, mainly because their objects of study are working citizens who are protected by certain social rights. In Colombia, workers are subject of positive law, pursuant to Act 57 of 1915 regarding accidents at work, and the Constitutional Amendment of 1936 reaffirmed work as a social right. Consistent with this idea of social citizenship, the chapters to this thesis were written upon the basis that workers' health must be understood in its size and complexity, considering the process of objectification of the medical issues relating to the work, and the process of legitimization and institutionalization of these aspects. As a result, the first chapter analyzed the problem of social diseases, specifically alcoholism, reflected on the emergence of fatigue in the medical discourse in Colombia, and analyzed the discussion on the human factor, which is critical for the emergence of a new manner of observing the body of the worker. The second and third chapters sought to understand when and how the word *misfortune* became *work accident*, and the word *illness* became *occupational disease*, being all these factors linked to a series of discursive and legislative changes. The fourth chapter analyzed the historical background and the process of formation and functioning of the General Office for Labor Affairs and the National Labor Inspection. Said chapters show the need for *knowledge about the bodies at risk* and the accompanying process of the creation of such labor legislation specifically concerning health issues, and the labor institutions related thereto.

**Keywords:** Occupational medicine; Labour legislation; Occupational Medicine



## SUMÁRIO

**ÍNDICE DE FIGURAS .....**

**ÍNDICE DE TABELAS.....**

**INTRODUÇÃO.....**

**CAPÍTULO 1. ENTRE DOENÇAS SOCIAIS E DOENÇA DO TRABALHO.....**

**1.1. O alcoolismo como doença social e do trabalho..... 29**

**Alcoolismo, trabalho e fator humano..... 37**

**1.2. Da neurastenia à fadiga da classe operária..... 49**

**A fadiga à luz da psicofisiologia e a sociologia ..... 57**

**1.3. Reflexões finais acerca do fator humano..... 69**

**CAPÍTULO 2. ACIDENTES DE TRABALHO NA COLÔMBIA. DOUTRINA, LEI E JURISPRUDÊNCIA (1915-1945).....**

**2.1 Uma lei sobre acidentes de trabalho para as futuras gerações  
..... 85**

**O que falou o legislador e o que se esqueceu de dizer?..... 90**

**2.2. Perícias, acidentes e hérnias no contexto do direito à saúde  
105**

**Deontologia médico-legal dos acidentes de trabalho ..... 109**

**Hérnias são acidentes de trabalho..... 112**

**2.3. A simulação e os direitos sociais..... 121**

**2.4. Reflexões finais sobre acidentes de trabalho e medicina  
legal 130**

**CAPÍTULO 3. A OBJETIVAÇÃO DAS DOENÇAS PROFISSIONAIS (1931-1945).....**

**3.1. Mitos e fatos da legislação nacional sobre doenças  
profissionais..... 139**

**A lei n. 6 de 1945: finalmente, uma legislação sobre doenças  
profissionais..... 144**



<b>3.2. A emergência das doenças profissionais no campo médico colombiano.....</b>	<b>152</b>
<b>A realidade das doenças profissionais.....</b>	<b>156</b>
<b>3.3. Doenças tropicais ou doenças do trabalho: o caso da ancilostomíase.....</b>	<b>164</b>
<b>3.4. Tuberculose no mundo laboral colombiano .....</b>	<b>176</b>
<b>3.5. Reflexões finais acerca do processo de objetivação das doenças profissionais.....</b>	<b>194</b>
<b>CAPÍTULO 4. AS INSTITUIÇÕES DO TRABALHO NA COLÔMBIA (1923-1946).....</b>	<b>.....</b>
<b>4.1. Indústria e intervencionismo social .....</b>	<b>202</b>
<b>Inícios do intervencionismo social do Estado .....</b>	<b>208</b>
<b>4.2. A Oficina General del Trabajo (1923-1946) .....</b>	<b>222</b>
<b>4.3. A Inspeção do trabalho na Colômbia (1918-1927) .....</b>	<b>229</b>
<b>4.4. A Inspeção Nacional do Trabalho .....</b>	<b>244</b>
<b>4.5. Anotações finais sobre conflito social e instituições laborais ..</b>	<b>258</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>.....</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>.....</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de pesquisas relacionadas à saúde dos trabalhadores e os assuntos abordados, entre 1888 e 1957. Universidade de Antioquia e Universidade Nacional da Colômbia.	18
Figura 2. Períodos de publicação e percentagem de pesquisas (artigos e teses) relacionadas à saúde dos trabalhadores, entre 1888 e 1957. ....	19



## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 Taxa de frequência de acidentes de trabalho entre 1943-1947 .....	126
Tabela 2 Classificação das doenças para os aspirantes ao trabalho	181
Tabela 3. Número de inspeções realizadas entre 1920-1927.....	233
Tabela 4. Estabelecimentos, operárias e operários – 1920-1927....	234
Tabela 5. Aspectos em que interveio o inspetor de fábricas.....	239
Tabela 6. Horas de trabalho e número de operárias.....	240

## INTRODUÇÃO

Na primeira metade do século XX, consolidou-se na medicina um campo de conhecimento diretamente preocupado com a saúde dos trabalhadores. Ao contrário da higiene social e dos esforços característicos da saúde pública, a medicina do trabalho visava prevenir os acidentes de trabalho e diagnosticar doenças que afetavam especificamente os trabalhadores. As razões para o surgimento da medicina do trabalho mudam de um país para outro, mas pesquisas recentes sugerem que houve avanços definitivos neste campo em torno da década de 1930<sup>1</sup>.

A medicina do trabalho contrasta com outras formas de medicina, principalmente, porque seu objeto de estudo são cidadãos trabalhadores, amparados por certos direitos sociais. Ademais, como saber interdisciplinar apoiado na higiene industrial, fisiologia do trabalho, psicologia, ergonomia, toxicologia, legitimou uma nova forma de ver o corpo do trabalhador no contexto produtivo, ao longo da primeira metade do século.

Georges Friedmann sugere que a fisiologia do trabalho e a psicofisiologia, ramos da medicina contemporâneos ao taylorismo, introduziram um fator psicológico e um fator biológico em contraste com o mecanicismo taylorista<sup>2</sup>. Na perspectiva deste sociólogo do trabalho, a inserção dos fatores biológicos e psíquicos no cerne dos processos produtivos deveria conduzir à invalidação tanto das normas de rendimento técnico como das experiências artificiais em que estariam sustentadas. Evidentemente, a fisiologia do trabalho, a psicofisiologia e a sociologia do trabalho não substituíram o taylorismo e suas promessas de eficiência produtiva, mas expandiram, com a ideia de “fator humano”, o horizonte das “ciências administrativas” dominado pela metáfora do motor humano<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Ver GALLO, Óscar. Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948. In: CARDONA RODAS, Hilderman; PEDRAZA GÓMEZ, Zandra (orgs.), **Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina**. Bogotá: Universidad de los Andes, 2014, p. 239–272.

<sup>2</sup> FRIEDMANN, Georges, **Problemas humanos del maquinismo industrial**, Buenos Aires: Suramericana, 1956. p. 55-9.

<sup>3</sup> Ver RABINBACH, Anson. **The human motor: energy, fatigue, and the origins of modernity**. New York: BasicBooks, 1990. Sobre a ideia de fator

Essa discussão sobre a saúde dos trabalhadores e sua relação com o processo de produção integraram o panorama da economia industrial na Colômbia. De acordo com o engenheiro Alejandro López (1876-1940), a economia industrial se ocupava do homem e não da matéria. Ao contrário de outras “ciências antropológicas”, a economia industrial estudava o homem exclusivamente como trabalhador. Para isto, pesquisava a psicologia econômica do homem e a fisiologia da ação, habilidades e deficiências para o trabalho e, dessa forma, se aproximava da medicina industrial<sup>4</sup>.

López era um dos colombianos mais idôneos para falar sobre o tema. Havia sido fundador e professor da cátedra de economia industrial na *Escuela Nacional de Minas*, trabalhara na indústria da mineração aplicando novos modelos produtivos, sem contar sua experiência na administração pública, a proximidade com os debates econômicos do liberalismo inglês dos anos 1920 e suas funções como iniciador da estadística em Medellín (uma das primeiras cidades industriais da Colômbia) e ideólogo do Partido Liberal Colombiano, a partir dos anos 1930.<sup>5</sup>

López não foi o único a estabelecer a importância da economia industrial e da “medicina industrial”. Em 1946, o dirigente Conservador e presidente Mariano Ospina Pérez (1946-1950) perguntava pela existência – durante sua campanha presidencial – de institutos científicos para estudar os trabalhadores, as causas e efeitos da fadiga psicológica e fisiológica; estudos sobre efeitos orgânicos do trabalho e diversos agentes nocivos, além de pesquisas sobre ferramentas e instrumentos para o rendimento do trabalhador<sup>6</sup>.

Todavia, refletir sobre a medicina para os trabalhadores e o fator humano é também refletir sobre as doenças e a maneira com estas se inserem no horizonte legislativo. Por isso, esta pesquisa sobre medicina,

---

humano, ver VATIN, François, **Trabajo, ciencias y sociedad**: ensayos de sociología y epistemología del trabajo. Buenos Aires: Lumen, 2004; LE BIANIC, Thomas; VATIN, François, Armand Imbert (1850-1922), la science du travail et la paix sociale. **Travail et Emploi**, n. 111, p. 7-19, 2007.

<sup>4</sup> LÓPEZ, Alejandro. **El trabajo**. Nociones fundamentales. [2011]. Bogotá: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 1928. p. 16.

<sup>5</sup> MAYOR MORA, Alberto. **Técnica y utopía**: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940). Medellín: Eafit, 2001.

<sup>6</sup> MAYOR MORA, Alberto. **Ética, trabajo y productividad en Antioquia**. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1997. p. 470.

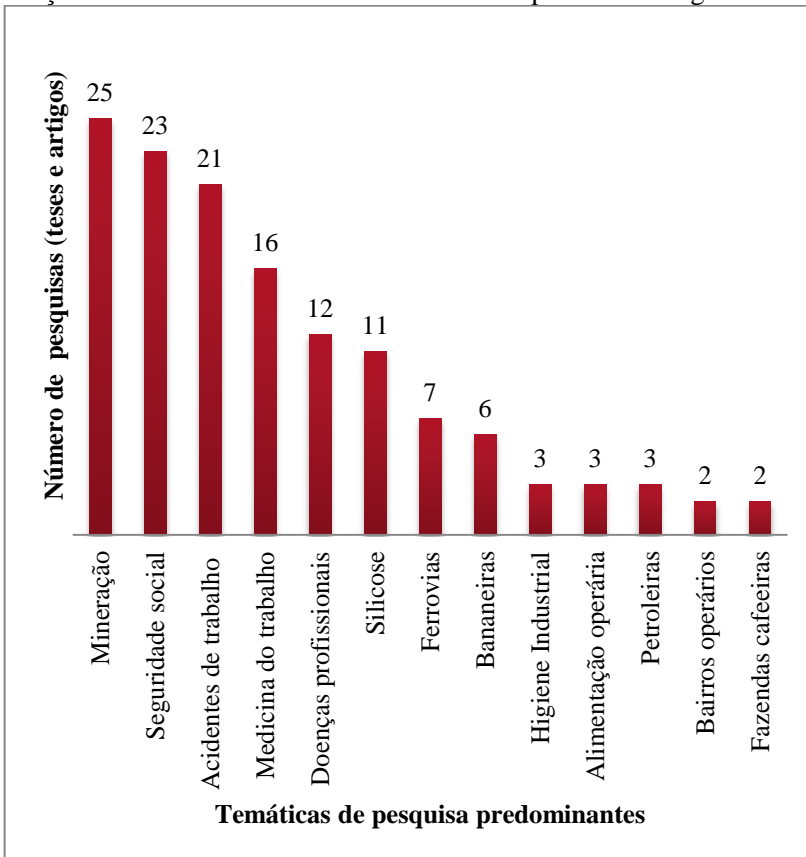
trabalho e legislação aborda, por um lado, as transformações da visão que os médicos tinham sobre o trabalhador e suas doenças, e como se deu o processo de objetivação dos “acidentes do trabalho” e as “doenças profissionais” nos campos médico e legislativo. Por outro lado, analisa as condições para o surgimento das leis e instituições trabalhistas na Colômbia.

Estas questões são analisadas em quatro capítulos, organizados pelos temas *doenças sociais*, *acidentes de trabalho*, *doenças profissionais* e *instituições do trabalho*. Estes foram construídos sobre a ideia de que a saúde dos trabalhadores deve ser entendida em sua dimensão e complexidade, considerando-se o processo de objetivação médica das questões relativas ao trabalho e o processo de legitimação e institucionalização destes aspectos.

O primeiro capítulo analisa o problema das doenças sociais, mais precisamente o alcoolismo, reflete sobre a emergência da fadiga no discurso médico colombiano e, por último, busca analisar o debate sobre o fator humano, fundamental para a emergência de uma nova forma de se observar o corpo do trabalhador, qual seja, a medicina do trabalho. No segundo e terceiro capítulos, procura-se compreender quando e como se passou das perspectivas do *infortúnio* para a do *acidente de trabalho*; da *enfermidade* para a da *doença profissional*. Todo isso vinculado a uma série de transformações discursivas e legislativas. No quarto capítulo, analisa-se o contexto histórico e o processo de formação e funcionamento do Escritório Geral do Trabalho e da Inspeção Nacional do Trabalho. Isto deve levar a compreender como o Estado colombiano lidou com a questão social de 1923 até a criação do Ministério do Trabalho, em 1946. Reconstruir a formação deste projeto institucional e seu funcionamento significa também compreender a incorporação da saúde dos trabalhadores no horizonte do Estado e o sistema de valores em que se concretizaram fenômenos de grande impacto, como a seguridade social, o intervencionismo de Estado e o Direito Laboral.

Foram utilizadas como fontes principalmente publicações médicas, sem perder de vista que elas dialogam com problemas maiores e mudanças sociais. Um balanço geral das fontes mais importantes sobre a temática permite dizer que na Colômbia, entre 1888 e 1957, foram publicados 134 artigos e teses médicas direta ou indiretamente relacionados à saúde dos trabalhadores. A amostra é relativamente ampla, porque levou em consideração temáticas diversas, como estudos médico-sociais sobre regiões mineiras ou petroleiras, editoriais em

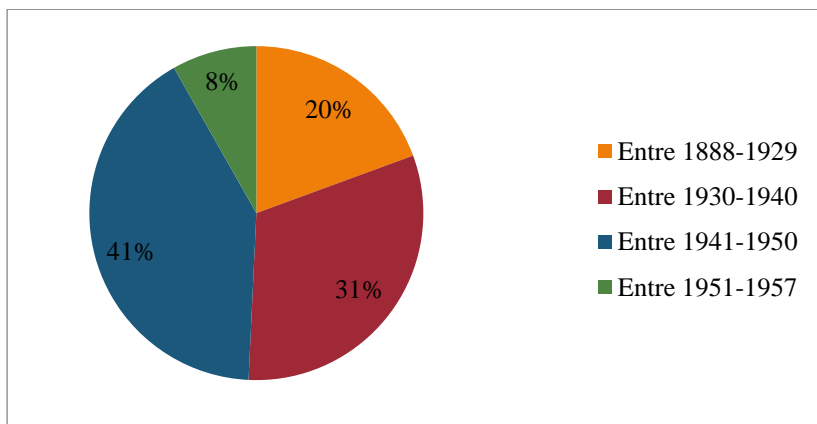
revistas médicas e artigos sobre a seguridade social na Colômbia e as relações dos médicos colombianos com as companhias estrangeiras.



**Figura 1. Número de pesquisas relacionadas à saúde dos trabalhadores e os assuntos abordados, entre 1888 e 1957.** Universidade de Antioquia e Universidade Nacional da Colômbia.

Se considerarmos o mesmo número de pesquisas nas décadas em que foram publicadas, a temporalidade assume outro significado. Por exemplo, 80% das teses e artigos foram publicados entre 1930 e 1957. Isso sugere, pelo menos em quantidade de investigações, que aqueles anos foram decisivos para o reconhecimento das condições de saúde dos trabalhadores e a consolidação da medicina do trabalho na Colômbia.





**Figura 2. Períodos de publicação e percentagem de pesquisas (artigos e teses) relacionadas à saúde dos trabalhadores, entre 1888 e 1957.**

Com efeito, até a década de 1930, parece não ter havido, entre os médicos colombianos, um grande interesse acadêmico pela higiene industrial ou a medicina do trabalho. Parafraseando o médico colombiano Guillermo Soto, nesse período deu-se maior importância às condições de vida do mineiro que à pressão exercida pelo meio de trabalho<sup>7</sup>. O horizonte dos médicos colombianos no final do século XIX não abrangia os trabalhadores enquanto tal senão como população; entre outras razões, porque a preocupação com o povoamento e a colonização era maior que o cuidado do fator humano necessário para a produção.

Apesar de tudo, não significa que alguns médicos colombianos não demonstrassem algum interesse sobre as doenças que afetavam os trabalhadores. Entre o grupo de pesquisas encontradas no período de 1888-1929, destacam-se as seguintes: *Trastornos medulares de origen complejo*<sup>8</sup>; *Los accidentes de trabajo y su relación con la medicina legal*<sup>9</sup> e *Estudio médico-legal de la incapacidad en los accidentes de*

<sup>7</sup> SOTO, Guillermo. **Silicosis**. Tese. Faculdade de Medicina, Universidade de Antioquia. Medellín, 1941. p. 14.

<sup>8</sup> URIBE CALAD, Agapito, **Trastornos medulares de origen complejo en los mineros**. Medellín: Imprenta .del Departamento, 1892.

<sup>9</sup> BERNAL, Benjamín. **Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal**. Tesis para optar al título de doctor en Medicina y Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia, Casa Editorial Arboleda & Valencia, Bogotá, 1911.

*trabajo*<sup>10</sup>, além do excelente trabalho do Dr. Gabriel Villa Toro, professor da cátedra de Higiene Industrial na Escuela Nacional de Minas.

A pesquisa de Agapito Uribe Calad pode ser considerada um dos primeiros esforços de diagnóstico e prevenção no campo da higiene industrial, por conta das observações sobre ambiente de trabalho. As profundas galerias de minas iluminadas pela luz fraca das velas e com concentração excessiva de vapor de água e gases viciados, as mudanças na composição do ar com seus efeitos na saúde dos trabalhadores, associadas ao trabalho nos túneis, indicavam o chamado “estiolamento” (*ahilamento*), causado pela falta de luz e caracterizado por caquexia e coloração pálida, quase fosca, da pele. Ao uso de velas de sebo atribuiu a presença de gases que influíam na aparição de desordens da visão, como o nistagmo e a hemeralopia. Quanto à ventilação, afirmou Uribe Calad, não seguia as regras de higiene, mas sim as do lucro. Ao ambiente insalubre se somavam a fraqueza orgânica inerente a um trabalho que permitia muito pouco sono, má alimentação e abuso do organismo por excessivo esforço físico<sup>11</sup>.

O caso de Benjamin Bernal é interessante, porque a sua tese foi publicada antes da lei n. 57 de 1915, sobre acidentes de trabalho, ajudando como guia para a atividade pericial de acidentes de trabalho. Em outras palavras, Bernal propôs a deontologia do exercício pericial em caso de acidentes. Algo que apontava o campo de saber médico chamado, no âmbito internacional, de medicina de acidentes. Em todo caso, é possível pensar numa previsão no caso das doenças ou mesmo dos acidentes do trabalho.

Finalmente, nesse período, sobressai, de Joaquin Reyes Calderón, médico da Oficina Central de Medicina Legal, a tese dedicada especificamente à análise dos acidentes de trabalho. Esta é, no período, a pesquisa mais diretamente relacionada à saúde dos trabalhadores colombianos e, especificamente, à medicina do trabalho. Sobre a situação da medicina do trabalho na Colômbia, Reyes Calderón declarou: “Ainda não foram estabelecidas leis claramente definidas e princípios para a avaliação de incapacidade”, “não existe [...] ensino

---

<sup>10</sup> CALDERÓN REYES, José Joaquín. **Estudio médico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo**. Tese de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1929.

<sup>11</sup> URIBE CALAD, op. cit., p. 17.

oficial deste ramo da Medicina Legal” e “o médico que avalia incapacidades obreiras está totalmente desorientado”<sup>12</sup>.

Outros aspectos que interessavam os médicos colombianos nas três primeiras décadas do século XX eram a alimentação dos trabalhadores, a construção de moradias e a higiene dos bairros de trabalhadores. Esse interesse é consistente com a higiene que caracterizou a medicina colombiana na época. A higiene social e, posteriormente, a medicina social centraram os esforços no combate a doenças consideradas sociais, como alcoolismo, tuberculose e sífilis.

Por fim, nessas investigações do início do século XX, enfatiza-se o estudo de doenças emergentes em regiões mineiras, e esse interesse aparente é mantido durante toda a primeira metade do século. Ao observar os resultados (Figura 1), verifica-se que os temas mineração e silicose encontram-se num patamar importante: 45% da amostra analisada. Contudo, é preciso distinguir o contexto em que se originam algumas dessas publicações. Em alguns casos, há uma clara relação entre a indústria onde trabalha o autor e suas publicações, como nos artigos do médico Miguel Maria Calle<sup>13</sup>, por exemplo. Em outros, parece haver uma relação de causalidade, ou seja, a publicação é motivada pelo surgimento de uma epidemia em uma região de mineração, como no caso de surtos de beribéri nas minas de Junín e La Hermosa<sup>14</sup> ou de carate em Marmato<sup>15</sup>.

No segundo quarto do século, diferentemente daquelas primeiras publicações, mudaram-se as razões pelas quais os médicos estavam preocupados com a saúde dos trabalhadores. Destaca-se, em primeiro lugar, a introdução, em 1930, de novas tecnologias de mineração<sup>16</sup> e produção industrial. Tais mudanças técnicas, na Colômbia e no mundo,

---

<sup>12</sup> CALDERÓN REYES, op. cit.

<sup>13</sup> CALLE, Miguel María, Quemaduras por el grisú y su tratamiento. **Anales da Academia de Medicina de Medellín**, v. XIV, n. 8-9, p. 130–137, 1907; Idem. Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. XV, n. 3, p. 67–89, 1910.

<sup>14</sup> TAMAYO TRUJILLO, Juan Bautista. Beriberi, epidemia de Junín y La Hermosa, **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. II, n. 8-11, p. 316–329, 1889.

<sup>15</sup> OSSA, Pedro Luis. **Carate observado en Marmato**. Tese. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1903.

<sup>16</sup> GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge. La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia; el caso de la silicosis – 1910-1950. **Historia Crítica**, n. 45, p. 114–143, 2011.

aumentaram muitas vezes os fatores de risco e forçaram um processo gradual de adaptação dos trabalhadores às novas formas de produção, o que significou o surgimento de certos tipos de doenças profissionais. Entre as doenças que surgiram ou se tornaram mais visíveis em 1930, destaca-se a silicose, que obteve tanta atenção quanto outras epidemias ou doenças infecciosas<sup>17</sup>.

Igualmente, desde 1919, como parte desse contexto de transformações, sobressaem-se as conferências da Organização Internacional do Trabalho (OIT). No contexto do pós-guerra, a OIT se voltou às demandas operárias e promoveu reformas sociais que favoreceram a melhoria das condições de trabalho e a igualdade nas condições competitivas do mercado. A realização de pesquisas nesse campo, por parte dos membros da OIT, serviu igualmente para aumentar o interesse dos médicos pelos riscos laborais, em diferentes partes do mundo. A silicose foi mencionada reiteradamente nas Convenções seguintes da OIT e, finalmente, foi incluída na listagem das doenças profissionais em 1934. A listagem incluiu também intoxicações produzidas por chumbo e mercúrio, fósforo, arsênico, halógenos dos hidrocarbonetos grassos, infecção carbunculosa (incorporada desde o C018 – *Convênio sobre as doenças profissionais de 1925*), silicoses, transtornos patológicos provocados por rádio e raios X, além de epitelomas. Ainda que favorável aos trabalhadores, segundo Alfredo Menéndez Navarro, tratava-se de uma listagem fechada de doenças. Isso implicou uma abordagem muito limitada das lesões produzidas pela atividade laboral<sup>18</sup>.

Em terceiro lugar, embora seja muito difícil avaliar o papel dos movimentos de trabalho na área da saúde no estado atual da investigação acerca da medicina do trabalho na Colômbia, não há como negar que o sindicalismo contribuiu para reformas no campo do trabalho e das leis sociais da década de 1930. Estritamente falando, se durante os anos 1920, a preocupação dos sindicatos concentrou-se na organização do trabalho, em estabelecer normas de trabalho claras (salários) e manter o direito de associação, entre 1930-1950, a preocupação com saúde dos trabalhadores atingiu o seu pico, em duas frentes: primeiro, o controle sanitário do cenário produtivo e a introdução de práticas, técnicas e

---

<sup>17</sup> MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales – 1900-1975. *La Mutua*, v. 2 Época, n. 18, p. 171–189, 2007, p. 179.

<sup>18</sup> Ibid.

normas para a prevenção de acidentes; segundo, a normalização e a estabilização de atendimento médico para doenças associadas e não associadas com o trabalho, como conquista do direito à saúde.

As pesquisas realizadas por médicos colombianos dos anos 1930-1950 se encaixam claramente nesse horizonte de mudanças internacionais, sociais e legislativas. Das pesquisas revisadas para o período, 23 estão relacionadas com a segurança social, 18 falam da medicina do trabalho e da higiene industrial e 37 analisam doenças profissionais ou acidentes de trabalho, descontando-se aquelas dedicadas exclusivamente a um setor da indústria, nas quais, muitas vezes, se descrevem os riscos característicos do setor.

Com efeito, parece que as transformações industriais e as Convenções da OIT tiveram influência nas pesquisas sobre doenças profissionais e acidentes de trabalho na Colômbia, a partir de 1930, fazendo com que ocupassem um lugar bastante significativo. Nessas pesquisas, os médicos colombianos analisaram doenças como a silicose, descreveram endemias entre trabalhadores em plantações de café, doenças de trabalhadores em plantações de banana ou risco de acidentes e doenças nas indústrias de mineração, petróleo e na construção de diferentes ferrovias. Nessas investigações (Figura 1), que começaram a aparecer com alguma regularidade na literatura médica, mostra-se uma preocupação central, que é enquadrar e definir com fins legais as doenças profissionais e os acidentes de trabalho.

Todavia, existe um aspecto mais significativo. Em várias dessas pesquisas, percebe-se uma mudança na forma como é observado o trabalho. Na prática, é insignificante o pouco que se publicou sobre doenças profissionais e acidentes de trabalho na Colômbia, embora seja interessante do ponto de vista histórico, já que ajuda a observar o surgimento de um novo campo de conhecimento. Mais que determinar com precisão as doenças profissionais dos trabalhadores colombianos, essas primeiras contribuições ajudaram a definir os limites acadêmicos da medicina do trabalho e seus objetos de estudo. A forma como se objetivou o corpo do trabalhador é, precisamente, o que trata esta tese.



## CAPÍTULO 1. ENTRE DOENÇAS SOCIAIS E DOENÇA DO TRABALHO

Para muitos médicos, a higiene compreendia a “higiene privada” e a “higiene pública ou coletiva”. Por sua vez, a higiene pública dividia-se, em “higiene municipal ou salubridade urbana” e “higiene social”.<sup>19</sup> Na primeira destas divisões, observam-se três níveis de intervenção: o primeiro, muitas vezes função da polícia municipal, compreendia a higiene dos espaços públicos, com ênfase na circulação de animais, asseio e ornato de ruas e espaços públicos. O segundo compreendia o controle higiênico do comércio e da comida, ligado às necessidades urbanas e rurais; concretamente, tratava-se de ações como vigilância de matadouros públicos, inspeção de mercearias e indústrias de alimentos. O terceiro nível dizia respeito à higiene da água de consumo e resíduos, aspecto que trouxe sensíveis transformações da vida cotidiana e material, especialmente a partir do início do século XX. Nesse sentido, a preocupação médica pela qualidade da água é paralela à nova sensibilidade social que passou a ver a necessidade de água limpa para casas, empresas, escolas, hospitais e locais de trabalho.

A higiene social, por seu lado, era uma espécie de ferramenta para incorporar vastos setores da população aos padrões morais e comportamentais da “vida moderna”. Na versão primigênia, procurava remédio contra a degeneração física e moral da espécie humana ou formas de diminuir o número de indivíduos fracos ou de constituição deteriorada. Neste programa de higiene social, dominante na Europa do século XIX, se juntavam as “inquietudes urbanísticas com o maquinismo”<sup>20</sup> e a perniciosa ideia de uma cidadania pobre, ignorante e malvada.

O artifício da higiene social estava em criar *o social* como novo território de governo, associando a questão higiênica à questão social, para logo depois realizar a profilaxia em diversas frentes. Com esse intuito, no século XIX e as primeiras décadas do século XX, foram

---

<sup>19</sup> MONLAU, Pedro Felipe. **Estudios superiores de Higiene pública y Epidemiología** (Asignatura de): curso de 1868 a 1869: lección inaugural dada el 3 de octubre de 1868. Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1868.

<sup>20</sup> RODRÍGUEZ, Esteban; MENÉNDEZ, Alfredo. Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista. **Archivos de Prevención y Riesgos Laborales**, v. 8, n. 2, p. 58–63, 2005, p. 59–60.

comuns festas populares alemãs para instruir sobre os alimentos úteis; a sanificação da cidade e as *model-houses* para as classes jornaleras na Inglaterra; os prêmios de limpeza e ordem doméstica em Bruxelas ou as *cités-ouvrières* belgas, sadias e ventiladas para os trabalhadores; a ginástica e a campanha anti-sífilis na França; as maternidades e as moradias para pobres em Madri. Assim, uma parte importante do programa dirigia-se à moralização dos trabalhadores e a inculcar nos operários “princípios de moralidade, economia, frugalidade, propriedade, resignação, amor a família, respeito às hierarquias sociais e inclinação ao trabalho”<sup>21</sup>.

Na América Latina, a higiene social vinculou-se aos roteiros das campanhas contra a tuberculose; às proposições da União Pan-americana sobre doenças venéreas; à pediatria e à puericultura, no contexto dos problemas de morbosidade, mortalidade infantil e despovoamento; aos debates sobre o seguro social e a necessidade da intervenção do Estado em detrimento da passividade do Estado-Gendarme. O caso colombiano não foi muito diferente quanto ao paradigma adotado por seus vizinhos continentais. De fato, no pensamento dos médicos colombianos de começos do século XX havia multiplicidade de fatores desencadeantes da doença<sup>22</sup>. Daí o fato de o Diretor Nacional de Higiene advertir que a luta contra o alcoolismo abrangia também a construção de casas para operários e a alimentação dos trabalhadores tanto urbanos como rurais.<sup>23</sup> Em harmonia com essa forma de pensamento, o legislador procurou trasladar à realidade os princípios da higiene social que “governavam o progresso das nações” e, dessa forma, se manifestou em campos tão variados como a tuberculose, alcoolismo, venéreas, moradia operária, proteção à infância etc.

Em conclusão, à higiene social concerniam medidas gerais aplicadas a frações mais ou menos consideráveis da sociedade<sup>24</sup>,

---

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge, La extensión de la medicalización al mundo rural antioqueño a comienzos del siglo xx. In: GUERRERO, Javier; WIESNER GRACIA, Luis; MARTÍNEZ, Abel Fernando (Orgs.). **Historia Social y Cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX**. Medellín: La Carreta/uPTc, 2010, p. 243.

<sup>23</sup> MORENO, Ignacio. **Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1922**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1922, p. 222–225.

<sup>24</sup> DUHAMEL, Georges; RESTREPO, Alonso. Los excesos del Estadismo y la responsabilidad médica. **Boletín Clínico**, v. IV, n. 2 (38), p. 72–96, 1937, p. 81.



enquanto que a higiene pública, como projeto médico mais abrangente, voltava-se para conservação e melhoramento de toda a população. Em segundo lugar, tinha parentesco com práticas médicas como a eugenia e a puericultura, com o horizonte da “educação como pedra angular”.<sup>25</sup> Em terceiro lugar, importavam à higiene social aquelas doenças que dependiam das condições de vida e tinham alto impacto sobre a coletividade. Este desdobramento diz respeito a uma forma particular de olhar as doenças que atingiam certos setores da população urbana. O panorama podia ser amplo, mas houve particular interesse por três doenças: alcoolismo, tuberculose e sífilis.

As três patologias foram agrupadas sob a noção de doenças sociais. Este capítulo, porém, não busca analisar a constituição de um saber médico-social sobre elas. A proposta é observar a maneira como se insinuaram, nessa discussão social da doença, alguns elementos do mundo do trabalho. Concretamente, interessa analisar como alcoolismo e fadiga foram objetivados pelos médicos colombianos no caso exclusivo dos trabalhadores, que mudanças houve em seu discurso e como incorporaram ou associaram tais questões à discussão sobre rendimento, trabalho e direitos sociais.

Existe, certamente, ampla discussão sobre estes temas sob outros pontos de vista. Contudo, parte-se do pressuposto que os trabalhadores são sujeitos do direito positivo, desde a lei n. 57 de 1915, sobre acidentes de trabalho, e que a Reforma Constitucional de 1936 reiterou o trabalho como um direito social, colocando-o num outro patamar. Portanto, embora o alcoolismo fosse um problema social que atinge amplo setor da população, e o problema da fadiga fosse também o de outros setores sociais, não eram comparáveis, porque o fator “direito social” transparecia em todas as discussões.

Pode-se replicar essa ideia dizendo que a figura do operário doente se espalha pela literatura médica desde o século XIX, ou que crianças, mulheres e operários estiveram no âmago das discussões médico-sociais de todo o período. Ou ainda, que no quadro das polêmicas sobre a degeneração da raça, não havia muita diferença na abordagem de todos esses setores sociais; de modo que as fronteiras entre a definição de trabalhadores e de pobres não estava esclarecida.

---

<sup>25</sup> ENCISO, Enrique. Problema y campaña contra las enfermedades venéreas. Qué es higiene social?. **Repertorio de Medicina y Cirugía**. v. XIX, n. 19, p. 414-425, 1928, p. 69.

De fato, nessas primeiras décadas do século XX, como disse o historiador Mauricio Archila, “eram poucos os colombianos que não identificavam a palavra operário com a palavra pobre”. E não era qualquer pobreza da qual se falava, pois pobre era:

aquele sem recursos econômicos, como aquele propenso à miséria de todo tipo, física e espiritual. Olhava-se o “operário-pobre” com um duplo sentimento de compaixão e temor. Com compaixão, como se olha o inferior, que há de se proteger por estar exposto aos mais horrendos perigos morais; e com temor, pelas potencialidades destrutivas da ordem vigente que a pobreza engendra<sup>26</sup>.

Entretanto, a circulação das ideias revolucionárias fez com que, desde os anos 1920, os operários comessem a construir uma imagem mais precisa deles próprios, e nos anos 1930, os processos de organização coletiva evidenciassem um perfil de classe distante da “desventurada tribo de miseráveis”. Desta maneira, afirmou igualmente Archila, se foi produzindo a ruptura na imagem que a elite projetava dos operários<sup>27</sup>.

Nas linguagens médica e política, provavelmente persistiam elementos desse outro lugar do “operário”, por inércia da burguesia, pela lentidão de certos paradigmas científicos em incorporar outros parâmetros de análise ou simplesmente por um capricho universal e perigoso, como disse um político da época. Porém, um dos pilares da medicina do trabalho, da discussão sobre acidentes do trabalho e doenças profissionais, foi um grupo de sujeitos diferenciados pelos direitos sociais, concretamente, pelo direito de receber indenizações por acidentes e danos fisiológicos e psíquicos produzidos pelo trabalho. Não se pode esquecer que a função imediata dos médicos do trabalho é fixar a incapacidade provocada pelas diversas perturbações orgânicas, e a função mediata é definir a indenização a que tem direito o trabalhador. Em outras palavras, a base da medicina do trabalho é o operário como sujeito de direitos ou indivíduo com um lugar no mundo, e que passava, então, a ser dignificado.

---

<sup>26</sup> ARCHILA, Mauricio. **Ni amos, ni siervos**: memoria obrera de Bogotá y Medellín, 1910-1945. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), 1989, p. 99.

<sup>27</sup> Ibid., p. 108.

Foi possível, assim, colocar mulheres, crianças, loucos e criminosos no mesmo grupo de cidadãos vulneráveis, com vidas tuteladas e cidadanias fragilizadas ou negadas. Mas ao debruçar-se sobre as fontes acerca do trabalho, observa-se que isso não era mais possível no caso dos operários, ainda que houvesse numerosas resistências patronais e negligência política. Os direitos sociais tornaram os indivíduos do trabalho radicalmente diferentes, assim como suas patologias concretas. Como afirmou uma matéria de 1916, “de todo o modo, é satisfatório ver que, ao fim, está o operário, em vias de ser considerado como elemento importante na maquinaria social”.<sup>28</sup>

### 1.1. O alcoolismo como doença social e do trabalho

Em 1849, a publicação do trabalho do médico sueco Magnus Huss<sup>29</sup> produziu uma importante mudança na percepção médica do álcool. O mérito e a originalidade de Huss residem no fato de ter reunido um conjunto de entidades patológicas consideradas independentes, sob o nome de alcoolismo crônico. Até aquele momento, tinham sido definidos quadros clínicos como *delirium tremens* (1813) ou o *dipsomania* (1819), identificados alguns efeitos da embriaguez, entre os quais a tendência à alienação mental e, em maior ou menor medida, se tinha caracterizado o consumo habitual de álcool como um grave problema social, muitas vezes presente entre a classe trabalhadora. Observações médicas esparsas e pouco sistemáticas tendiam a manter o problema no campo moral. Huss fez o problema entrar no campo científico. Em 1853, o médico francês M. Renaudin resenhou o livro de Huss, e a nova localização nosográfica dos problemas ligados ao consumo de álcool foi rapidamente aceita e apropriada pelo corpo médico francês. Após 1857, à luz da teoria da degeneração de Bénédict Auguste Morel, o alcoolismo alcançou o perfil hereditário que o definiu em quase toda a primeira metade do século XX.

O folhetim *Embriaguez*, de José María Montoya, foi um dos muitos textos publicados na Colômbia no século XIX após a alteração introduzida pela nosografia de Huss. Mistura de comentários piedosos e ideias científicas, é, sobretudo, uma reflexão moral sobre o consumo de álcool. Montoya não usou as palavras “alcoolismo” ou “degeneração”.

<sup>28</sup> ANONIMO. En favor del obrero. **El Sol**, 1419. ed. p. 2, 1916.

<sup>29</sup> HUSS, *Alcoholismus Chronicus*, 1849, citado por BERNARD, Henri. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. **Histoire, économie et société**, v. 3, n. 4, p. 609–628, 1984.

Ele escolheu o termo “embriaguez” para sintetizar o que denominou as raízes de tanta miséria e depravação das populações colombianas. Esse discurso mostra que os elementos morais eram parte do debate tradicional sobre o alcoolismo desde o século XIX, mas sabe-se que eles permanecem durante o século XX. A motivação de Montoya para publicar seu texto foi a ineficácia da lei de 1856, pela qual o Estado assumiu o monopólio do comércio de tabaco e destilados, para reduzir a produção e o consumo.<sup>30</sup> Na opinião do autor, o consumo habitual de bebidas alcoólicas destruía a saúde, facilitava o surgimento de doenças incuráveis e produzia mortes prematuras; era a causa de uma geração de “seres raquíticos, deformes, enfermos, de constituição fraca e achacosa”; era a origem do crime, da mendicidade, do pauperismo, da estupidez e do idiotismo. Em síntese, a loucura produzida pelo alcoolismo ameaçava a segurança do indivíduo, da sociedade e da família.

Dessa forma, o caráter volitivo, regular e apaixonado do consumo – portanto, a culpa do indivíduo – e o discurso moralista persistiram nos séculos XIX e XX.<sup>31</sup> No caso da Colômbia, os propagandistas antialcoólicos circularam claramente nesse horizonte da moralidade e da religião, mas na década de 1880, é possível perceber-se o começo da medicalização do problema. Foi nessa época que a discussão sobre o alcoolismo como doença surgiu na literatura médica colombiana.

Uma das primeiras produções médicas de crítica do alcoolismo foi a palestra de Nicolás Osorio para os alunos de patologia interna da Universidade Nacional da Colômbia, no início da década de 1880. Osorio utilizou a denominação “alcoolismo crônico” e estabeleceu a diferença entre este e o alcoolismo “agudo”. Citou Magnus Huss, entre outras referências então consagradas. Salientou os efeitos fisiopatológicos do álcool no corpo, como a fraqueza, e também as precárias condições sociais dos consumidores como fatores que estimulavam a tuberculose<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> MONTOKA, José María. **Embriaguez**. Medellín: Imprenta de Balcázar, 1861, p. 1.

<sup>31</sup> Ver CAMPOS MARÍN, Ricardo; HUERTAS, Rafael, El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam**, n. 11, p. 263–286, 1991.

<sup>32</sup> OSORIO, Manuel. Alcoolismo. Conferencia del profesor de patología interna, Señor Doctor Nicolás Osorio, extractada por el alumno Manuel

Um vislumbre da reconfiguração do discurso sobre alcoolismo a partir do binômio medicina e moralidade pode ser visto no drama *Demonio Alcohol*, publicado em 1888. O personagem Sempronio é o médico encarregado de “curar” Humberto, o filho desgarrado da família burguesa, do hábito de beber, como uma doença: “Longe estou de pensá-lo. A bebida é um vício. Um relaxamento da virtude moral chamada moderação ou temperança, do qual resulta o hábito de embriaguez”.<sup>33</sup> Acrescenta, no entanto, que “um homem bêbado é realmente um doente, desde que seu estado patológico seja muito diferente daquele que tinha quando saudável; mas isso não significa que a mania de beber deixe de ser um vício, para ser doença”.<sup>34</sup>

O discurso médico continuou ganhando espaço, mesmo nos textos de divulgação, como *Delirium Tremens*, de José María Córdovez Moure. Neste clássico da cultura colombiana, o autor descreve formas de loucura alcoólica, cita médicos que se referem às consequências patológicas do abuso do álcool e menciona o problema emergente da morfomania.<sup>35</sup> No entanto, foi em textos mais elaborados, como *Cartilla Antialcohólica*, de Martín Restrepo Mejía, que o binômio medicina e moralidade se expressou mais claramente. O livro, publicado pelo Ministério da Instrução Pública para uso nas escolas primárias da República, conta a história de *Tomas, o bêbado* e *Luís, o sensato*, enquanto faz uma exposição profunda de questões como a indústria de álcool, os modos de preparação dos destilados, possíveis soluções jurídicas e econômicas para o consumo excessivo, os efeitos biológicos e morais no indivíduo, bem como as consequências para a família e a sociedade.<sup>36</sup>

A permanência do discurso religioso e moral não dificultou a medicalização da embriaguez. Na década de 1880, o tom científico da discussão e a reivindicação positivista para objetivação médica complementavam, sem problemas, o debate moral tradicional. Para usar

---

Prado. **Revista Médica. Órgano de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales**, v. IX, n. 101, p. 193–198, 1884.

<sup>33</sup> FRANCO, Constancio. **El demonio alcohol**, Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos, 1888, p. 16.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> MOURE, José María Cordovez, “Delirium Tremens” In: \_\_\_\_\_. **Reminiscencias de Santafé y Bogotá**. Bogotá: Fundación Editorial Epígrafe, 1893, pp. 1400–1428.

<sup>36</sup> RESTREPO MEJÍA, Martín. **Cartilla antialcohólica**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1913.

a expressão de Ernesto Noguera, o que é evidente nessa mudança é a introdução de uma “moralidade biológica”.<sup>37</sup>

Cabe saber quais eram as críticas mais importantes ao alcoolismo, uma vez que a discussão entrou no horizonte médico. É possível identificar pelo menos três tendências analíticas nas fontes consultadas: uma trajetória moral e biológica ligada às ideias de raça, degeneração e o projeto de eugenia; a problematização do alcoolismo na esfera econômica; a objetivação do alcoolismo como “doença social da classe trabalhadora”.<sup>38</sup>

De acordo com a crítica biológica ou racial, o efeito degenerativo surgiria tanto pela acumulação de atavismos como pela modificação do embrião no momento da concepção ou a modificação do feto durante a gravidez. As principais consequências seriam a tendência inata ao abuso dos licores, perturbações dos centros nervosos, deformações diversas, aumento da mortalidade geral e da mortalidade infantil, enquanto a taxa de natalidade se reduziria. Os filhos do alcoolismo não eram poucos, também eram uma geração infeliz, espécie de capital humano desperdiçado para o progresso. Individualmente, o alcoolismo provocava o envelhecimento precoce, o debilitamento e a suscetibilidade a tuberculose, blenorragia e sífilis – “males sociais invadiam silenciosamente nossas cidades”.<sup>39</sup> O alcoolismo e o uso de drogas foram considerados, social e moralmente, não apenas incubadores de doenças, mas também o germe da fome, da pobreza global e da insanidade moral. Étienne Lanceraux, citado pelo médico Pablo Julio Barón, resumiu assim a situação: “a ação perigosa de álcool na prole é não somente uma doença individual, mas uma doença de família que projeta sua ação destrutiva para a raça”.<sup>40</sup> Inscrita nas ideias de raça e atavismo, a loucura e a criminalidade aparecem como aspectos transversais às críticas ao alcoolismo. De acordo com essas ideias,

---

<sup>37</sup> NOGUERA, Carlos Ernesto. **Medicina y Política**: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia. Medellín: Eafit, 2003, p. 39–40.

<sup>38</sup> CONGOTE, Jana Catalina. **Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín 1900-1930**. Tese de Historia. Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

<sup>39</sup> JÁCOME VALDERRAMA, José A. Esquema de nuestra raza. **Heraldo Médico**, v. I, p. 14, 1941.

<sup>40</sup> BARÓN, Pablo Julio. **Influencias del alcoholismo en las afecciones pulmonares**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1902, p. 2.

loucura e crime aumentavam ou diminuía na proporção direta do aumento ou diminuição do consumo de bebidas alcoólicas. Segundo o general Rafael Uribe Uribe, “se tivéssemos estatísticas, elas revelariam que oitenta por cento dos crimes de homicídio, lesões e ataques pessoais vêm da malevolência incitada pela embriaguez”.<sup>41</sup>

Estas ideias coexistiram com a análise do problema da produção, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas. A Igreja Católica, por seu turno, considerava moralmente contraditório que os recursos fiscais dos departamentos dependessem da renda da aguardente.<sup>42</sup> A preocupação do governo era mais ou menos a mesma. De acordo com o ministro Luis Cuervo Márquez, aproximadamente 80% das receitas totais departamentais vinham da venda de bebidas alcoólicas. Por isso, perguntava-se sobre como combater o alcoolismo, se a vida fiscal dos departamentos dependia do consumo de álcool.<sup>43</sup> E a elite política não discordava desse raciocínio; Alfonso López Pumarejo, criticando a promoção das obras públicas com o “uso imprudente de crédito externo”, também destacou a fraqueza da receita nacional e departamental, dependente “exclusivamente dos impostos sobre consumos improdutivos, tais como aguardente e tabaco, que diminuem muito a capacidade física, moral e econômica da grande massa contribuinte”.<sup>44</sup>

Sobre a magnitude do problema financeiro, em 1911, o jornal *La Organización* publicou uma enquete com médicos, políticos, engenheiros e agentes sociais de diferentes cidades do departamento de Antioquia. Os entrevistados tinham que apontar qual deveria ser a organização das receitas advindas da venda de álcool para em oposição à promoção do vício da embriaguez. Sem entrar em detalhes sobre a discussão, pode-se dizer que as respostas giraram em torno da intervenção do Estado em assuntos particulares; da necessidade de racionalizar as receitas departamentais e harmonizar a dependência da

---

<sup>41</sup> URIBE URIBE, Rafael. Los problemas nacionales (I). **La Organización**, 594. ed. p. 1–2, 1911.

<sup>42</sup> PALACIOS, Marco. **Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994**. Bogotá: Norma, 1995, p. 112.

<sup>43</sup> CUERVO MÁRQUEZ, Luis. **Memoria que el Ministro de Gobierno presenta al Congreso de 1921**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1921, p. XLVII.

<sup>44</sup> Apud TOVAR ZAMBRANO, Bernardo. **La intervención económica del estado en Colombia, 1914-1936**. Bogotá, Colombia: Biblioteca Banco Popular, 1984, p. 182.

bebida com as questões sociais e morais; da urgência do combate ao alcoolismo, por meio de impostos, sanções para o consumo e restrição dos locais de venda; de campanhas na imprensa e igrejas e, acima de tudo, a criação de mais escolas e menos tabernas, ecoando as palavras do general Rafael Uribe Uribe.<sup>45</sup>

Uma década mais tarde, a discussão continuava na ordem do dia, como evidencia a publicação *Los Licores*, de Luis Tejada, que informa sobre impactos de certa reforma fiscal que estava se formando no Congresso da República:

Uma onça de aguarente, que é vendida a 5 centavos, vai continuar se vendendo a 10. Segundo se há feito público, a medida obedece menos a uma tentativa moralizadora que ao desejo de aumentar ligeiramente as entradas para o tesouro [...]. A Junta está baseada no princípio de que a venda de aguardente diminuirá com o aumento no preço, e é provável que assim seja aqui.<sup>46</sup>

Os médicos também compartilhavam e promoviam a crítica de uma economia estatal baseada no consumo de álcool. Quase todos consideravam imoral um Estado dependente do vício, portanto, insistiam na necessidade de controlar e sobretaxar alguma parte da cadeia do vício. Isto podia executar-se através do monopólio estatal da produção, impostos que aumentavam o custo e reduziam o consumo,

---

<sup>45</sup> A enquete foi realizada com Alfonso Calle, Alfonso Castro, Jorge Delgado, Francisco Echeverri, J.M. Escovar, Juan Figueroa, Ángel María Hernández, Dionisio Lalinde, Leocadio Lotero, Pascual Maya, Federico Montoya, Alejandro Munera, Ricardo Olano, Enrique Olarte, Francisco Luis Ortiz, G Parra, Alejandro Peláez, Cesar Piedrahita, José Domingo Robledo, Jorge Rodríguez, Diafanor Sánchez, Juan Bautista Tamayo Trujillo, B. Tejada Cordoba, José Toro, Carlos Uribe, Alejandro Vásquez. As respostas foram publicadas nos números 597 e 607 de *La Organización*, de janeiro e fevereiro de 1911. “Mais escolas, e menos tabernas”, é uma frase original de Rafael Uribe Uribe, pronunciada nas conferências sobre os problemas nacionais. URIBE URIBE, Rafael. Los problemas nacionales (II). *La Organización*, 595. ed. p. 1–2, 1911.

<sup>46</sup> TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. Los licores (El Espectador, “Mesa de Redacción”, Medellín, 2 de junio de 1920), In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 149–150.



impostos sobre a abertura e o funcionamento das cantinas e pontos de venda, a fim de reduzir o seu número, multas ou prisão de indivíduos embriagados e balconistas. Esta tendência sobre o problema e sua solução foi antecipada por José María Lombana Barreneche que, em 1903, declarou: “permaneceremos longo tempo apegados à crença de que, com impostos fortes, se impedirá o alcoolismo”<sup>47</sup>.

A ênfase neste ponto é importante, porque mostra que, além de discutir o problema da higiene e da raça, se debateram com igual prolixidade as práticas para a resolução dos problemas sociais do país. Portanto, a pergunta feita por vários setores da sociedade era sobre como o alcoolismo levava à miséria e degenerava; ou, já que era necessário suportar conscientemente a carga do defeito racial, o que fazer para redimir nossa sociedade? Uma solução, muitas vezes reiterada no período estudado, foi a intervenção direta do Estado na esfera econômica.

Na década de 1910, médicos de prestígio, entre eles Luis Cuervo Márquez e Pablo García Medina<sup>48</sup>, com importantes funções no governo nacional, se manifestaram a favor do controle da distribuição e da venda do álcool. Na década de 1920, foi Eliseo Montaña quem teve mais visibilidade por sua posição favorável às leis de intervenção econômica na produção, circulação e consumo de bebidas alcoólicas<sup>49</sup>. Na década

---

<sup>47</sup> LOMBANA BARRENECHE, José María. Prevención del alcoholismo. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XXIII, n. 277, p. 801–809, 1903.

<sup>48</sup> MERLANO, Antonio C.; IBARRA, Sergio. El alcoholismo considerado desde el punto patógeno médico-legal y sociológico. **Gaceta Médica. Órgano de los trabajos de la Academia de Medicina de Cartagena**, n. 8 a 11, p. 19–33, 1918, p. 32.

<sup>49</sup> MONTAÑA, Eliseo. **La lucha antialcohólica. El alcoholismo en Colombia, y medios de combatirlo**. Bogotá: Dirección Nacional de Higiene. Imprenta Nacional, 1921; \_\_\_\_\_. El alcoholismo en Colombia. Necesidad de fundar la Liga Antialcohólica Nacional. El aplazamiento de la vigencia de la ley 88 de 1923. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v. XVIII, n. 211 (7), p. 3–17, 1927; \_\_\_\_\_. Otra vez la ley antialcohólica. Volvemos a la lucha. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v. XXII, n. 2 (254), p. 113–121, 1931. Sobre as leis vigentes e outros aspectos da produção de destilados, ver: REPÚBLICA DE COLOMBIA. Cámara de representantes. **Las actas y documentos de la Comisión Especial de la Cámara de Representantes que estudia los diversos proyectos de ley**

de 1940, Jorge Bejarano foi a figura de frente da luta contra o alcoolismo, por ter conseguido instituir a lei que restringia a produção e o consumo de chicha.<sup>50</sup> Nos anos 1960, Guillermo Uribe Cualla fez o mesmo como diretor do Instituto de Medicina Legal. Seus artigos enfatizavam o alcoolismo e a posse de armas como as causas do aumento dos crimes, ao mesmo tempo em que se opunha a receitas médicas de licores, na posição de porta-voz da Academia Nacional de Medicina<sup>51</sup>.

Mas, sem dúvida, o documento mais ilustrativo da crítica econômica do alcoolismo foi o produzido pelo Comitê Sobre Alcoolismo e Toxicomanias, formado por Rafael A. Muñoz, Miguel Jiménez López e Eliseu Montaña. Em 1934, o presidente eleito Alfonso López Pumarejo pediu um relatório à Academia Nacional de Medicina sobre higiene e assistência públicas. Os responsáveis pela questão do álcool recomendaram o cumprimento da legislação vigente (lei n. 88 de 1923, disposições penais e código de polícia); criação de rendas alternativas não provenientes de impostos de bebidas; promoção de bebidas alternativas não tóxicas; de entretenimento popular diferente de cantinas e bares; restrição da venda de bebidas alcoólicas apenas a estabelecimentos especiais; destinação de grande parte do mel de cana-de-açúcar a outros fins industriais que não a produção de bebidas alcoólicas; fechamento das lojas que vendem bebidas alcoólicas durante a noite e os dias feriados; obtenção de estatísticas completas sobre criminalidade e alienação mental causadas por alcoolismo agudo ou crônico<sup>52</sup>.

---

**relacionados con la Ley 88 de 1923 sobre lucha antialcohólica.** Bogotá: Imprenta Nacional, 1928.

<sup>50</sup> BEJARANO, Jorge. Alcoholes y rentas departamentales. **Colombia Económica. Revista al servicio de la economía nacional**, v. II, n. 19, p. 255, 1943; NOGUERA, Carlos Ernesto. Luta antialcoólica e higiene social na Colômbia, 1886-1948, In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 99–123.

<sup>51</sup> URIBE CUALLA, Guillermo. La campaña antialcohólica. Regresamos otra vez hacia el chichismo?. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. XXII, n. 99-100, p. 161–165, 1967.

<sup>52</sup> ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTÁ (Org.). Estudio sobre higiene y asistencia pública hecho por la Academia Nacional

À luz destas recomendações financeiras, o debate racial entrou no período de paulatino retrocesso ou a um segundo plano. Nas décadas seguintes, a Academia Nacional de medicina voltou a fazer as mesmas recomendações<sup>53</sup>, levantando a voz novamente sobre a degeneração da raça, mas cada vez com menos intensidade, até que, definitivamente, o discurso de eugenia se diluiu em outras preocupações, tais como o trabalho, violência, a classe, a nutrição e a dietética<sup>54</sup>.

### **Alcoolismo, trabalho e fator humano**

O consumo de chicha, garapa, aguardente ou outras bebidas fermentadas e destiladas faz parte da cultura operária. E.P. Thompson menciona que os trabalhadores agrícolas, carregadores de carvão e os mineiros consideravam a cerveja essencial para o desempenho do trabalho pesado; a esta bebida estimulante juntou-se logo o chá, como paliativo ao número excessivo de horas de trabalho e à alimentação inadequada<sup>55</sup>. Mauricio Archila, por sua vez, aponta que beber durante o trabalho era parte da vida dos artesãos nas oficinas, prática também comum entre outros assalariados<sup>56</sup>. No que se refere aos mineiros colombianos, este lugar-comum é associado a outras representações, como a periculosidade das regiões fronteiriças, os acelerados processos

---

de Medicina de Bogotá para dar respuesta a la consulta formulada por el presidente electo de la república doctor Alfonso López. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XLIV, n. 514, p. 753–816, 1934, p. 763–765.

<sup>53</sup> URIBE CUALLA, Guillermo. El abuso del alcohol como factor de delincuencia en Colombia. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. XIV, n. 75-76, p. 13–33, 1955.

<sup>54</sup> PEDRAZA, Sandra. La difusión de la dietética moderna en Colombia: la revista Cromos 1940-1986, In: **Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna**. Buenos Aires: Norma, 2005, p. 293–329.

<sup>55</sup> THOMPSON, Edward Palmer. **A formação da classe operária inglesa II: A maldição de Adão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. p. 182–184.

<sup>56</sup> ARCHILA, Mauricio. El uso del tiempo libre entre los obreros, 1910-1945. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**, n. 18-19, p. 145–184, 1990.

de povoamento sem controle institucional ou religioso, a rusticidade do terreno e as necessidades físicas do trabalho<sup>57</sup>.

Por outro lado, segundo observadores da época, era comum que agricultores, mineradores e trabalhadores se preocupassem em ganhar apenas o suficiente para viver e agissem com parcimônia no trabalho, qualidades contrárias à acumulação capitalista e à ambição necessária para o estabelecimento da disciplina industrial e da racionalização dos modelos de trabalho. Encorajadas por uma espécie de síndrome *bartlebiana*, eram rotina a embriaguez de fim de semana, o absenteísmo na “segunda-feira do sapateiro”, a paixão pelas peregrinações, bailes, fandangos, cantinas, festas, viagens e celebrações religiosas. A respeito, o jornal *El Obrero Católico* concluiu que a ruína da raça não veio de horas exaustivas de trabalho, mas do uso que os trabalhadores faziam do tempo de lazer<sup>58</sup>.

A historiografia tem enfatizado que havia muito da mania condenatória da elite na crítica ao alcoolismo. De acordo com Archila, um estudo realizado pela Controladoria-Geral da República da Colômbia, nos anos 1930 e 1940, mostrou que os trabalhadores gastavam dois terços do salário em comida e uma média de 10,33% em bebidas alcoólicas, não alcoólicas e cigarros – não era a grande parte de seus salários, como os industriais sugeriam.<sup>59</sup> Os mesmos artesãos e trabalhadores se defenderam, continuamente das acusações maliciosas, segundo eles. Os *barenqueros*, tipo de trabalhadores que viviam da mineração de aluvião, insistiam que eram “sóbrios em grau superlativo”, por virtude e necessidade.<sup>60</sup> Em outra região mineira, se reconhecia o valor do licor no trabalho como “saboroso, tônico, reconfortante, sugador e apertador”, ao mesmo tempo em que se mencionava ser raramente consumido em um dia que não fosse domingo.<sup>61</sup> Em síntese,

---

<sup>57</sup> PATIÑO SUÁREZ, John Jairo. **Compañías extranjeras y fiebre de oro en Zaragoza 1880-1952**. Medellín: IDEA, 1997.

<sup>58</sup> MAYOR MORA, **Ética, trabajo y productividad**... op. cit., p. 37.

<sup>59</sup> ARCHILA, El uso del tiempo libre..., op. cit.

<sup>60</sup> LUQUE, Miguel. El decreto Nro. 223 y los barequeros. *Minería*, v. 1, n. 8-9, p. 540-545, 1933, p. 541.

<sup>61</sup> MOLINA, Luis Fernando; CASTAÑO, Ociel, **Una mina a lomo de mula: Titiribí y la empresa minera El Zancudo 1750-1930**. TCC. Graduação em História. Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 1988, p. 799.

os trabalhadores não eram bêbados, e as disciplinas rígidas de trabalho foram reduzindo o hábito do álcool.<sup>62</sup>

No entanto, avaliar se o consumo foi realmente moderado não é o propósito da presente seção; tampouco interessa analisar os mecanismos de controle do tempo livre e afastamento do trabalhador da taverna por meio da consolidação da família nuclear e católica, nem o uso paternalista de esporte, lazer, cinema, teatro, educação e atividades de formação. O que interessa é o processo de objetivação do alcoolismo como doença relacionada com o trabalho.

De acordo com o que foi dito na primeira parte, o alcoolismo, a tuberculose e a sífilis eram considerados fatores de degeneração da espécie, bem como a causa da decadência moral e da pobreza. No entanto, outros afirmavam que a necessidade de bebidas alcoólicas advinha da pobreza e da falta de espaços saudáveis de sociabilidade. Deste ponto de vista, a classe trabalhadora bebia porque era pobre, e não era pobre porque bebia. Em outras classes havia alcoolismo por “satisfação vulgar”, segundo Pablo García Medina, Diretor Nacional de Higiene, em relatório de 1923:

[O] alcoolismo produzido pela chicha está intimamente ligado com a dieta e com defeitos dos nossos trabalhadores. Os baixos salários não lhes permitem uma alimentação adequada ao trabalho útil que é imposto a eles; faltando alimentos diariamente aos trabalhadores que produzem, toda a energia que gastam em nove horas de trabalho, eles a procuram no álcool da chicha, o suplemento de energia que lhes falta<sup>63</sup>.

O que Garcia Medina dizia da chicha aplicava-se também ao abuso de aguardente, onde era consumido. Não estava interessado no impacto do alcoolismo sobre o mundo do trabalho, mas nas dificuldades econômicas dos trabalhadores e suas famílias em viver conforme as leis de higiene e, em geral, na vulnerabilidade social. À primeira vista, parecia estar justificando o uso de álcool, mas ele rejeitava esta prática quando o impacto sobre a coletividade não justificasse os aparentes benefícios individuais. Deve-se ressaltar que a alusão ao consumo da chicha foi feita para “refletir sobre as terríveis consequências que [uma

<sup>62</sup> ARCHILA, El uso del tiempo libre..., op. cit., p. 147.

<sup>63</sup> PAREDES, Antonio **Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1923, p. 276–277.

defeituosa alimentação] tem, não só sobre a saúde individual e coletiva, mas também sobre o futuro da raça”.<sup>64</sup>

Como García, o doutor José J. de la Roche colocou a questão do alcoolismo neste horizonte de problemas sociais. Em uma conferência sobre a profilaxia da tuberculose, apresentado no II Congresso Nacional de Medicina, de la Roche explicou a condição de “receptividade mórbida” como uma predisposição hereditária e social para adquirir a tuberculose. Entre os fatores sociais desta predisposição apareceriam, primeiro, pobreza e alcoolismo. Em seguida, os excessos “venéreos”, as doenças crônicas e as infecções agudas. Disso, pode-se inferir que a má nutrição, salas estreitas e fadiga física e moral seriam fatores escleróticos a colocar o indivíduo em um estado de receptividade mórbida de alcoolismo<sup>65</sup>.

Em síntese, da objetivação médica do alcoolismo como doença social se pode destacar, primeiro, que as condições de vida foram interpretadas como fatores esclerosantes. Segundo, que as doenças sociais foram assim qualificadas porque seu impacto moral, social, econômico e biológico sobre a comunidade e a família era maior do que aquele sobre o indivíduo. Terceiro, as doenças sociais se tornaram questão de Estado, não apenas responsabilidade do indivíduo. Quarto, os recursos terapêuticos da medicina eram então percebidos como precários e inócuos, exigindo intervenção estatal para a solução das doenças sociais. Quinto, a objetivação do alcoolismo como “doença social” decorria da mistura entre a etiologia da doença e as preocupações da moral biológica examinado na primeira parte.

Consistente com a ideia de que o Estado deveria ser ativo no controle das doenças sociais, montou-se uma estratégia preventiva tripla contra o alcoolismo: educação para a saúde nas escolas, incentivando a temperança; persuasão ou coerção do público pela propaganda e por conferências sobre os efeitos negativos do álcool; proibição ou controle das formas de produção, circulação e consumo. Embora se soubesse que o combate ao alcoolismo passava, necessariamente, pela melhoria das condições de vida e de trabalho, a intervenção material no campo social foi menos consistente.

---

<sup>64</sup> GARCÍA MEDINA, Pablo, La alimentación de la clase obrera en relación con el alcoholismo (Bogotá, 20 de julio 1910). **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XXIX, n. 345-346, p. 107-119, 1911.

<sup>65</sup> DE LA ROCHE, José Joaquín. Profilaxis de la tuberculosis. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**. v. XVI, n. 10-12, p. 298-338, 1913.

Destacar o perigo social do consumo excessivo de álcool também é afirmar que o alcoolismo tem consequências muito graves sobre o “capital humano”. A expressão associava-se às noções de terra, trabalho e capital, e se referia a um paradigma produtivo de acumulação extensiva, ou seja, um sistema dependente do número de trabalhadores ou da área cultivada. A fórmula foi claramente expressa pelo General Rafael Uribe Uribe, quando se referiu a condições e possibilidades do sucesso da civilização nos trópicos:

Várias Repúblicas hispano-americanas estão fazendo, pela primeira vez na história do mundo, o ensaio de fundar civilizações nos trópicos. É muito possível o mau êxito; até agora, há mais sinais de fiasco que de fortuna. Tenho para mim que o evento depende mais da quantidade da virtude que do tino posto na empresa; porque, em última análise, a condição cardinal do resultado favorável consiste num fato puramente material: que a população se multiplique com qualidades de robustez. Tudo o demais: instrução, estradas de ferro, progresso, vem por adição. Para domar a natureza tropical homicida, precisamos de muitos homens, e homens muito fortes<sup>66</sup>.

Nesse universo marcado pelos ideais de progresso e fé na indústria, o alcoolismo preocupava, por degradar física e moralmente a espécie, diminuindo os braços para o trabalho<sup>67</sup>, tornando-se agente do despovoamento<sup>68</sup> e “priva a pátria de uma parte de seu capital mais valioso, o capital humano”<sup>69</sup>.

A crítica médica ao alcoolismo e outras doenças sociais não se manteve apenas no horizonte moral, econômico, biológico e social, descrito até agora, nem desconsiderou os problemas do consumo no setor industrial.

---

<sup>66</sup> URIBE URIBE, Los problemas nacionales (I), op. cit.

<sup>67</sup> GARCÍA, Luis E. **Diagnóstico diferencial entre el alcoholismo crónico y el chichismo**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1889.

<sup>68</sup> QUEVEDO ÁLVAREZ, Tomas. **Del alcoholismo**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, 1899, p. 39.

<sup>69</sup> MARULANDA, Francisco José. **Manifestaciones hereditarias del alcoholismo**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta Eléctrica, Bogotá, 1908, p. 28.

Baseados em publicações estrangeiras, alguns dos autores desta crítica especularam sobre o absenteísmo, o número de dias perdidos por mês e seu custo econômico para a indústria, bem como sobre o aumento de acidentes de trabalho às segundas-feiras e sábados, por conta de intoxicações alcoólicas. Outros problematizaram sobre a crença popular no fator relaxante e revigorante das bebidas alcoólicas, utilizando como contraponto o aumento da depressão causada pelo álcool, a fadiga e a diminuição do desempenho muscular. Podem ser tímidas notas sobre o problema do alcoolismo no mundo do trabalho, mas faziam eco às preocupações de pesquisadores da fisiologia experimental, da psicofisiologia e da ergonomia do trabalho pelo mundo.

O debate sobre o poder da classe trabalhadora mostra que houve, além do característico processo de discussão sobre a raça, um debate energético inspirado na termodinâmica. Para Stefan Polh-Valero, a análise histórica da eugenia se enriquece ao se prestar atenção à “construção cultural de um conhecimento fisiológico sobre o trabalho e a alimentação, articulado pela analogia do corpo humano com uma máquina transformadora de energia”<sup>70</sup>. Assim, escreve o historiador, a concepção do homem como uma máquina que se deteriora, que precisa reparação e energia para seu funcionamento, torna-se um elemento estruturante na maneira de abordar a realidade social.

Com efeito, entre 1840 e 1870, havia na Inglaterra e na França tabelas nas quais se indicavam as necessidades alimentares decorrentes do trabalho. A partir de experimentos científicos, se determinou a quantidade necessária de calorias, dependendo do esforço físico, considerando-se carne e proteínas em geral como inquestionavelmente necessárias aos trabalhadores. Como uma dieta baseada em carne não era possível para a maioria dos trabalhadores, estes se viam obrigados a procurar energia em bebidas alcoólicas. Um costume justificado simplesmente pela pobreza, mas que foi legitimado por estudos médicos na segunda metade do século XX, quando se sublinhavam as virtudes do álcool: produto energético, com alto poder calórico, fortificante favorecedor da respiração.<sup>71</sup>

Na Colômbia, uma das primeiras publicações sobre o tema foi *Ración alimenticia del peón antioqueño*, de Rafael Pérez, que, assim

<sup>70</sup> POHL-VALERO, Stefan. “La raza entra por la boca”: Energy, Diet, and Eugenics in Colombia, 1890–1940. **Hispanic American Historical Review**, v. 94, n. 3, p. 455–486, 2014.

<sup>71</sup> VIGARELLO, Georges. **Lo limpio y lo sucio**. Madrid: Alianza, 1991, p. 300–324.



como seus colegas francesas, salientava que os alimentos “destinam-se a reparar as perdas do organismo e dar os materiais necessários para a produção das várias forças, das quais as mais notáveis são o calor e o trabalho mecânico”<sup>72</sup>. Descreveu os alimentos que compunham a dieta do peão de Antioquia (milho, carne bovina, feijão, banana, mandioca, açúcar, sal, cacau) e avaliou o poder nutritivo de cada substância. Apresentou uma tabela comparativa entre a ração do peão colombiano e a do marinheiro francês. Analisou também a relação entre a quantidade de comida e o esforço muscular:

O músculo, na verdade, é uma máquina como qualquer outra encarregada de transformar calor em trabalho mecânico; máquina mais perfeita, isso sim, que as que a indústria constrói, já que, com um peso insignificante fornece rendimentos mais elevados e transforma em rendimentos e trabalho útil 1/5 do calor que consome, em vez de 1/10 que fornecem os melhores motores de vapor<sup>73</sup>.

Inspirado pelos cálculos fisiológicos do trabalho muscular, descritos com mais intuição que experimentação, o autor relacionou a quantidade de combustível utilizada para se ir de Medellín até Santa Elena à força necessária para se levantar mais de dois mil pacotes de mercadorias pesando 70 kg. Concluiu que a alimentação dos peões colombianos era suficiente apenas para que não morressem de fome. Comparou igualmente os preços dos alimentos em Medellín com os de várias cidades da Europa, notando, com surpresa, que a vida era tão cara para os europeus, que já não cabiam em seu território, quanto para o punhado de habitantes das terras colombianas<sup>74</sup>.

Na mesma ótica mecanicista e energética, alguns médicos colombianos se manifestaram sobre os benefícios do consumo moderado de bebidas estimulantes para a classe trabalhadora. Rafael Pérez considerava que o consumo de bebidas alcoólicas por agricultores, operários e jornaleros gerava uma estimulação nervosa e moderava o movimento de desassimilação, diminuindo o gasto energético. Juan

---

<sup>72</sup> PÉREZ, Rafael. Demografía: ración alimenticia del peón antioqueño. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. IV, n. 8, p. 246–251, 1892.

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Ibid.

Bautista Londoño sublinhou o uso de aguardente entre os trabalhadores por considerá-lo um alimento estimulante, semelhante ao arsênio, fósforo e café, e cuja “presença na parte íntima de órgãos, coloca as células em atividade, as excita a trabalhar e desperta suas energias”<sup>75</sup>. Londoño considerou, ademais, que para mineiros e porteiros o uso do álcool servia para eliminar a fadiga.

Embora difícil de localizar, a assimilação do corpo a uma máquina está na base de muitas observações médicas sobre o consumo de bebidas estimulantes em grupos sociais. No caso de Londoño, são citados os experimentos de Wilbur Olin Atwater e Francis Gano Benedict. Pesquisadores que, de acordo com Julio Valdivieso, permitiram a classificação do álcool como alimento ternário:

[Usando em 1903] um vasto calorímetro e experiências prolongadas e engenhosas, determinaram, inequivocamente, que, não passando do limite de 1,20 gramas por quilo de peso, o álcool poderia substituir na alimentação duas vezes o peso do açúcar – excluindo-se licores destilados, pela alta toxicidade de quase todos -, elevando definitivamente o álcool à categoria de alimento favorecedor da respiração.<sup>76</sup>

Outra referência de Atwater e Benedett afirma que o álcool poderia substituir a alimentação comum por alguns dias, desde que a quantidade consumida não superasse um grama por quilograma de peso. Experimentos conduzidos por Josefa Joteyko, em 1906, foram na mesma linha, quando ela observou indivíduos sobre bicicletas com ergômetros no mesmo quarto calorímetro, sendo que as quantidades de calor produzidas eram as mesmas com ou sem substituição de isodinâmica de álcool<sup>77</sup>.

Não importa muito o fato de estas investigações terem sido rapidamente criticadas, mas a controvérsia gerada por esses autores

---

<sup>75</sup> LONDOÑO, Juan Bautista. Climatología. **Anales Academia de Medicina de Medellín**. v. XIV, n. 9-11, p. 161-174, 1907.

<sup>76</sup> VALDIVIESO, Julio. **Alcoholismo en Colombia**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Tipografía Minerva, Bogotá, 1918, p. 10.

<sup>77</sup> GARCES MEJÍA, Guillermo. **Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Litografía e Imprenta J.L. Arango, Medellín, 1919.

sugere que havia uma rede de pessoas interessadas na abordagem do problema, e, que o interesse do alcoólogos nos avanços da fisiologia da alimentação cobria desde a fisiologia e a patologia do alcoolismo até a fisiologia da alimentação e do consumo de bebidas, passando pela relação disso com a produtividade.

No início dos anos 1920, a ideia do álcool como poderoso combustível para o motor humano ou como excitante nervoso tornava-se insustentável. A maioria dos médicos considerava tais ideias perigosas, absurdas ou falsas. Entre outras razões, por ser óbvio que o coração dos operários não era incansável e que, em termos de fadiga, o álcool não servia como substituto para o descanso. O corpo-máquina tinha a “desvantagem” de não ser inesgotável. Como afirmou o Conselho de Membros da Oficina General del Trabajo (OGT):

Experimentos científicos realizados por especialistas nestes assuntos têm demonstrado que o trabalhador tem uma quantidade limitada de energia utilizável para o trabalho e que, sempre que é exigida, pela razão da duração do trabalho, uma quantidade de força superior à sua própria capacidade, se produz um desgaste orgânico que tem como consequência a diminuição da produtividade, a desatenção habitual, o estado do subconsciência, o desamor ao trabalho e a propensão para doenças gerais e profissionais, tornando-se assim um elemento particularmente predisposto a sofrer acidentes de trabalho<sup>78</sup>.

Alegavam igualmente que o corolário da pressão excessiva do ambiente de trabalho eram a depressão mental e o consumo de estimulantes como o álcool. Isso era uma forma diferente de se colocar o problema, pois classificava o alcoolismo como uma doença produzida pelo trabalho, ao passo que rejeitava – ou pelo menos, complicava, como o fizera Armand Imbert<sup>79</sup> – a analogia entre as condições de vida e as doenças dos trabalhadores. Dizer que as longas jornadas de trabalho eram um fator esclerótico em relação às doenças sociais, como a

---

<sup>78</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Convenciones Internacionales sobre el trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 1-2, p. 31–115, 1929.

<sup>79</sup> LE BIANIC; VATIN, op. cit.

tuberculose, não era grande novidade para a época, mas na Colômbia, dizer que o trabalho causava alcoolismo era algo muito novo.

Para a moral biológica, a crítica ao alcoolismo consistia em localizá-lo como uma causa da degeneração física e da decadência moral. Para a perspectiva energética, as bebidas estimulantes seriam combustíveis para motores de humanos. Na perspectiva defendida pelos porta-vozes da OGT, a fadiga causada pelo excesso de trabalho era a causa do alcoolismo. Ou seja, este seria um fenômeno hereditário e social, ao mesmo tempo em que era um fenômeno da vida industrial, pois era resultado do impacto negativo da indústria no corpo do trabalhador, ou do “trabalho” sobre o “fator humano”.

As questões apontadas pelos membros da OGT anteciparam os horizontes de uma especialidade médica que ainda não tinha se formalizado no mundo universitário colombiano: a medicina do trabalho. Os médicos do trabalho obviamente se preocupavam mais do que seus contemporâneos alcoólogos com a influência negativa do alcoolismo na indústria, sem fazer desta questão uma das suas principais tarefas. O diagnóstico multicausal do alcoolismo pelo setor médico mais inclinado às questões do trabalho incorporou aspectos antigos e novos da crítica ao alcoolismo e transformou-a. Entre os temas antigos, o preconceito moral contra os excessos de todos os tipos; a discussão sobre a crise do progresso, a degeneração da raça e a decadência operária; o foco da medicina social caracterizada pelo cruzamento de medicina com elementos da política e das ciências sociais. Entre os aspectos novos, estavam o positivismo do modelo energético; as ideias da psicofisiologia do trabalho e da biotipologia; o pensamento social do direito à saúde e proteção do trabalhador; o cálculo de riscos e os benefícios financeiros advindos da saúde no contexto de racionalização do trabalho; e as discussões sobre as configurações de previdência social.

A medicalização do alcoolismo não consistiu somente na sua conversão em entidade patológica, mas no processo de objetivação clínica que conduziu ao exame de vários elementos da vida corporal e sua influência em outros aspectos da vida laboral. Em primeiro lugar, o alcoolismo crônico se destacava como fator predisponente a erros e acidentes, por alterar o equilíbrio, diminuir a atenção, retardar a reação, tornar a percepção obtusa e reduzir o grau de aplicação a uma tarefa

específica, afetando a aptidão profissional.<sup>80</sup> Alguns médicos enfatizavam que o consumo regular de álcool fazia com que os trabalhadores fossem descuidados e irresponsáveis quanto aos perigos da indústria.<sup>81</sup> Da mesma forma, a intemperança durante o horário de trabalho era considerada perigosa, por aumentar o coeficiente de acidentes de trabalho e influenciar significativamente na seriedade do evento<sup>82</sup>. As consequências econômicas de tal vigilância clínica foram, obviamente, benéficas para a indústria. Mas também podia tornar o exame médico de admissão um filtro moral muito forte. Vários médicos sugeriam a recusa de indivíduos que apresentassem predisposição alcoólica ou, pelo menos, sua exclusão de empregos que exigissem grande cuidado. Além disso, a primeira proposta de Código do Trabalho considerava causa para a rescisão do contrato, com antecedência de sete dias apenas, “todo vício que geralmente perturbe a disciplina da empresa ou torne incapaz o trabalhador de cumprir suas obrigações de forma satisfatória.”<sup>83</sup>

Os acidentes causados por embriaguez não eram susceptíveis de indenização – a lei n. 57, de 1915, considerava culpado pelo acidente o trabalhador em estado de embriaguez. Obviamente, tal circunstância foi utilizada por empresários, como no Regulamento do Trabalho da Compañía Arrendataria El Zancudo: “Não se fará a anterior concessão quando a doença ou lesão que resultou na incapacidade provenha de doenças sexualmente transmissíveis, uso de bebidas alcoólicas, drogas heroicas ou ferimentos por brigas.”<sup>84</sup> Tornava-se necessário provar que os fatores biotipológicos não tinham sido a causa de acidentes, e que não havia causalidade entre doenças profissionais e a desnutrição, os excessos sexuais, o consumo excessivo de álcool, entre outros atos privados.

---

<sup>80</sup> ANÓNIMO. El alcohol y la economía del trabajador. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. I, n. 10, p. 579–586, 1930.

<sup>81</sup> CALDERÓN REYES, **Estudio medico-legal de la incapacidad...**, op. cit., p. 61.

<sup>82</sup> URIBE OLARTE, Jorge. Importancia de accidentes de trabajo. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 4, p. 8–10, 1948.

<sup>83</sup> JUNTA DE VOCALES DE LA OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Código del Trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**. v. I, n. 2, p. 45–74, 1929.

<sup>84</sup> ARCHIVO MUNICIPAL DE TITIRIBÍ. Alcaldía Varios. MORA, Bernardo. Reglamento de Trabajo para la Compañía Minera Arrendataria del Zancudo, 1940.

Nesse sentido, a vigilância de tais atos serviu para diminuir a responsabilidade do empregador, atenuar o risco profissional e culpar o trabalhador por seu próprio destino; isso podia dificultar a reivindicação dos direitos os trabalhadores. Há casos ilustrativos dessa relação entre acidentes e doenças do trabalho. Em 1919, uma explosão causada pelo acúmulo de grisu deixou oito mineiros mortos e dois feridos; a direção da Empresa Minera El Zancudo culpou os trabalhadores pelo hábito de fumar nos túneis.<sup>85</sup> Um mineiro e poeta da região respondeu às acusações: “Culpável, quem? Ninguém! A razão responde: Esse maldito assassino que se esconde para matar a pobre humanidade.”<sup>86</sup>

Um ato privado podia, da mesma forma, tornar-se incômodo para os avanços legislativos, como quando os membros da OGT, encarregados de analisar a Convenção da OIT que proibia o trabalho noturno nas padarias, encontraram uma razão moral para não aplicá-la na Colômbia. De acordo com a OGT, no caso dos homens, o trabalho noturno podia ser benéfico, porque evitava que estes frequentassem as tabernas onde consumiam grande parte de seus salários<sup>87</sup>.

Destacava-se também o debilitamento corporal como fator determinante de doenças ocupacionais, alertava-se sobre intoxicações mistas, causadas pela associação entre álcool e envenenamento profissional por benzol, monóxido de carbono, chumbo, arsênico, fósforo, entre outros produtos químicos. Assim, o alcoolismo passava a ser excitante de envenenamento profissional, agravando seu efeito. Isso não acontecia só com produtos químicos utilizados na indústria, mas também com materiais orgânicos, cuja absorção combinada poderia levar a desequilíbrios na economia e redução da resistência e ação defensiva do corpo.<sup>88</sup> Desta forma, trabalhadores que nunca tinham

---

<sup>85</sup> ÁLVAREZ, Antonio José. **Informe del Director de la Sociedad de Zancudo. Relativo al periodo comprendido del 1° de julio al 31 de diciembre.** Medellín: Tipografía Industrial, 1919, p. 13.

<sup>86</sup> BIBLIOTECA LUIS ÁNGEL ARANGO. EMPRESA MINERA EL ZANVUDO. Correspondencia, documentos varios 1860-1926. La Catástrofe, José Jaramillo Q., Titiribí, 2 de octubre de 1919.

<sup>87</sup> MORALES, Emilio. **Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo.** Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1937.

<sup>88</sup> GARCÍA GÓMEZ, Héctor. **Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación.** Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1948.

apresentado quadros patológicos ficavam “doentes de repente, quando, depois do trabalho, absorvem grandes quantidades de álcool”<sup>89</sup>.

Como o álcool é um depressor do sistema nervo-muscular, favorece o aparecimento de fadiga aguda, mas cria um sentimento fugaz de maior resistência física; o trabalhador submetia-se, assim, às jornadas mais longas, sem pausas orgânicas para evitar a sobrecarga, ou o denominado *surmenage*. Isso se aplicava tanto ao trabalho físico quanto ao trabalho intelectual<sup>90</sup>. Além disso, aumentavam os perigos profissionais, pois em condições de mais calor ou umidade, a regulação da temperatura corporal ficava afetada, provocando o chamado “choque do calor”. Já em temperaturas muito baixas, a vasodilatação acompanhada pelo aumento da temperatura periférica pode gerar uma falsa sensação de calor e bem-estar.

Os médicos também alertavam sobre a baixa produtividade resultante do absenteísmo dos trabalhadores, causando aumento do custo de produção, interrupção da cadeia de produção, obstáculos para o processo de formação, aumento das contribuições sociais e redução da renda do trabalhador. De acordo com as estatísticas da época, entre 50 e 60% de ausências na indústria correspondiam a acidentes e doenças, sendo o restante causado por depressões pós-alcoólicas e compromissos sociais<sup>91</sup>.

## 1.2. Da neurastenia à fadiga da classe operária

Na seção anterior, foi possível observar como se insinuou no discurso médico uma preocupação psicofisiológica pelo corpo do trabalhador. Nesse deslocamento discursivo, se destacam a metáfora do fator humano que contrasta com a clássica ideia do motor humano, e a fadiga como ponto central dessa mudança. Mais que tentar compreender a origem epistemológica do conceito de fadiga ou de outros conceitos relacionados, como neurastenia, astenia e histeria, interessa observar nesta última parte como o problema da fadiga se inseriu ou associou com outras discussões e questões laborais, como rendimento,

---

<sup>89</sup> ANÓNIMO, El alcohol y la economía..., op. cit.

<sup>90</sup> JARAMILLO, Carlos Arturo. **La higiene del hombre de letras**, Bogotá: Minerva, 1923.

<sup>91</sup> ARANGO BARRENECHE, Gonzalo. **Estudio sobre medicina industrial en Medellín**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, 1957, p. 14.

acidentalidade, doenças profissionais, absenteísmo, parcimônia e direitos sociais.

Uma das primeiras referências colombianas ao tema da fadiga entre os trabalhadores seja, provavelmente, o artigo *Astenia de los obreros*, do médico Miguel María Calle, da Empresa Minera El Zancudo (EMZ). Calle começa o artigo destacando que a expressão neurastenia estava sendo abandonada, substituída por astenia: “termo genérico que abrangia todas as distintas modalidades de esgotamento psíquico e físico, e que permitia uma classificação mais racional do que antes se chamava estados neurastênicos”<sup>92</sup>. Logo depois, observou a relação entre o trabalho e as péssimas condições em que viviam os trabalhadores, causa dos últimos acontecimentos políticos e econômicos sucedidos em Colômbia. Ele fazia alusão à queda dos salários e ao aumento dos preços dos artigos de primeira necessidade, pois antes da Guerra dos Mil Dias, o operário comum ganhava, em papel moeda, de \$30 a \$40 diariamente, ou seja, \$180 ou \$240 por semana, com jornadas diárias de 11 horas. Vale a pena esclarecer que a moeda colombiana era o peso, dividido em 100 centavos. Em 1880, foi introduzido o papel moeda e, em 1905, foi reintroduzido o peso ouro (\$100 de papel moeda equivaliam a \$1 de peso ouro). Por sua vez, um peso ouro equivalia, em média, US\$1,02 (entre 1910 e 1932). Para se ter uma ideia prática destes valores, pode-se considerar que na região em que Calle era médico, uma libra de carne alcançou entre \$12,00 e \$17,00 de papel moeda<sup>93</sup>, em 1912, ano de grandes altas nos preços.

É justamente essa abordagem social do problema da astenia nos trabalhadores o que torna novidade o texto de Calle. Em 1898, Julio Rodríguez Piñeres tinha publicado *Neurastenia*<sup>94</sup>. Como outros contemporâneos, Rodríguez considerava a neurastenia consequência de vários fatores alheios ao mundo do trabalho. Dessa maneira, sublinhava a predisposição neuropática, sobrecarga intelectual, moral e sexual, intoxicações por álcool e drogas, excessos de cuidados e mimos

---

<sup>92</sup> CALLE, Miguel María. *Astenia de los obreros I. La Organización*. 466. ed. p. 1–2, 1910.

<sup>93</sup> PALACIOS, Marco. *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política*. Bogotá: Ancora Editores, 1983. Archivo Histórico de Antioquia, Fondo Gobierno Municipios, Titiribí 1918, Tomo 5258, 12 de febrero de 1912, f. 107

<sup>94</sup> RODRÍGUEZ PIÑERES, Julio. *Neurastenia (agotamiento nervioso)*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta y Libería de Medardo Rivas, Bogotá, 1898.



familiares, vida nas grandes cidades, medo, doenças infecciosas agudas, idade e sexo. Resumindo, a neurastenia era vista mais como um problema predominante nas classes média e alta das cidades, um defeito da virtude mais relacionado com os excessos do que com as carências. Não em vão, o jornal *El Sol* sugeria o trabalho para afugentar o *esplín*, a *murria* ou a neurastenia com “sua angústia covarde e a tristeza inútil”. Com efeito, “o homem que trabalha tem o prazer de viver, porque tem consciência de seu próprio ser ou de fazer algo”.<sup>95</sup>

Para Calle, ao contrário, era um problema da pobreza. Os salários eram absurdamente insuficientes para atender às exigências de uma família de cinco a seis pessoas. No primeiro parágrafo, hesitou entre os fatores hereditários e os fatores sociais, mas rapidamente, seu texto passou a descrever a astenia como um fenômeno patológico, consequência de diversos fatores socioeconômicos. Afirmou que os filhos dos trabalhadores estavam submetidos a influências perniciosas, que faziam deles candidatos perfeitos à degeneração astênica. Considerou que a causa principal destas prematuras alterações ou esgotamento não eram predisposições herdadas, como assinalavam outros, mas os salários, que não permitiam a uma família rações reparadoras e saudáveis. A isto se somavam casas estreitas, mal ventiladas, úmidas, sem água potável, roupas insuficientes e inadequadas. Dessa maneira, a miséria e as privações eram a antecipação de uma vida adulta descrita por longas jornadas de trabalho sem a energia necessária para suportá-las, sem descanso para reparar as perdas orgânicas e sem alimentação para restabelecer o desgaste diário.

O médico da EMZ também considerou equivocada a percepção de fazendeiros e empresários quanto ao mau serviço dos operários, usada como justificativa para os baixos salários. Para ele, a

produção resulta escassa e cara porque os operários trabalham pouco; e trabalham pouco porque se alimentam mal e não descansam; e se alimentam mal e não descansam porque não se lhes paga sequer o necessário para suprir as mais estritas necessidades. É coisa natural que um indivíduo complete devidamente sua tarefa se sabe que aquilo lhe proporciona alívio, e que ao regressar a casa encontra nela alegria e bem-estar; mas, se em vez disso, encontra uma esposa tão

---

<sup>95</sup> FAU. El trabajo ahuyenta los males. *El Sol*, 1000. ed. p. 1, 1914.

fatigada como ele mesmo e uns quantos filhos macilentos, que, em vez de sair correndo ao seu encontro, sorridentes e prazerosos, só pedem o pão que não pode proporcionar-lhes, apenas esta lembrança será suficiente para lhe fazer o trabalho detestável, e destruirá as energias que uma vida melhor poderia dar-lhe<sup>96</sup>.

Não há dúvidas que seus parâmetros enquadravam a questão da neurastenia num lugar diferente daquele da herança convergente e da predisposição neuropática, apontadas por seu antecessor. O lugar de observação direta da vida dos trabalhadores na mais importante região de mineração do país permitiu que Calle identificasse problemas que outros médicos do país não tinham observado. Por isso, considerou injusta a apreciação dos industriais, que desconheciam que, em vez de operários preguiçosos, tratava-se de indivíduos que suportavam um verdadeiro desfalque em seu pressuposto orgânico.

A desgraça do astênico era descrita por uma cadeia de eventos que deterioravam paulatinamente toda sua vida. Fátiga permanente lhe impedia de trabalhar, causava preocupação pela sensação de desgaste incurável, falta de apetite, tristeza, insônia, agitação. Estava claro para Calle que a astenia, como um estado de esgotamento que impossibilitava trabalhar, tinha como único método de cura o repouso físico e moral. Mas isso era possível unicamente em duas situações: quando os operários conseguiam organizar-se em sociedades de apoio mútuo ou quando as empresas proporcionavam médico, medicamentos e alguns recursos para o sustento das famílias.<sup>97</sup> Como conseguir isto e, acima de tudo, como criar mecanismos para evitar recaídas ou que os operários saudáveis chegassem a esse estado? Sem respostas definitivas, propunha timidamente que os empresários levassem em conta que os melhores rendimentos se produziam com um pessoal melhor remunerado e saudável.

Em 1923, Carlos Arturo Jaramillo publicou uma tese original acerca da higiene do homem de letras.<sup>98</sup> Ao analisar o trabalho intelectual, mencionava em algumas partes o problema do excesso de trabalho e a tendência à neurastenia entre os intelectuais. Entretanto,

---

<sup>96</sup> CALLE, *Astenia de los obreros I.*, op. cit.

<sup>97</sup> CALLE, Miguel María, *Astenia de los obreros II. La Organización*. 467. ed. p. 1–2, 1910.

<sup>98</sup> JARAMILLO, *La higiene del hombre de letras*, op. cit.

disse que a obsessão do homem de ação era absolutamente diferente da do homem letras, pois neste último, o cansaço provocaria uma mistura de enfermidades do espírito, manifestações sombrias e escuras do ânimo e uma melancolia perpétua produzida pela vida sedentária. Tratar-se-ia de um peso que não era a acédia do dândi, tão próxima da preguiça estigmatizada pelo capitalismo.

Do veneno letal do trabalho sem distrações para o espírito ou dos excessos de emoções resultariam loquacidade, cansaço, inquietude, cefalalgia, digestões difíceis, palpitações, sensações de pausa na vida, falta de memória, inteligência escurecida, entre outros sintomas físicos e psicológicos. Perante isso, Jaramillo propunha fugir da neurastenia, “lastimosa invenção das almas angustiadas”, vivendo em outra parte a própria vida, sem obsessões e pesadelos, esquecendo tudo e todos, ausentando-se para ter uma pequena morte. Ao final, acrescentou: “o mundo das emoções numerosas e esplêndidas é o único que pode curar as feridas, as feridas atrozes e pequenas de nossa alma moderna extenuada pela leitura, o bem-estar e a civilização”.<sup>99</sup>

Jaramillo não abordou diretamente o problema da fadiga nos operários, porém, ao mencionar a distância existente entre a fadiga e o sobrecarrego, tocou tangencialmente na questão. Para ele, a fadiga era um sentimento doloroso, com dificuldade de ação, causada por um trabalho excessivo ou muito prolongado. Era uma sensação normal, ao passo que o sobrecarrego seria um estado patológico. Para ele, a utilização dos centros superiores conscientes e voluntários engendraria mais rapidamente a fadiga que quando se utilizava unicamente os centros inferiores, reflexos e automáticos. Desse modo, afirmava que “os movimentos regulados pelo automatismo podem ser prosseguidos durante longo tempo sem grande fadiga; ao contrário, dos que necessitam da atenção e da participação dos centros nervosos superiores”.<sup>100</sup>

Tal afirmação tem que ser lida com muito cuidado, para que não se deduza facilmente que o trabalho físico era menos fatigante que o trabalho mental. Mais adiante, ele afirmou que no trabalho mental existiam operações cerebrais às quais o espírito se acostumaria, pois os centros superiores podiam relaxar sua ação consciente e voluntária. Ao contrário, as operações cerebrais mais fatigantes seriam as que exigissem intervenção incessante do cérebro. Tanto no homem de ação

---

<sup>99</sup> Ibid., p. 28.

<sup>100</sup> Ibid., p. 45.

quanto no homem de letras, a fadiga podia manifestar-se com igual intensidade, consumindo as forças de ambos, mas em direções diferentes. O homem de ação enfraqueceria quando submetido ao trabalho assíduo da inteligência e vice-versa.

Essa visão da fadiga como consequência do esgotamento dos centros nervosos se relacionava com a forma como se percebia a modernidade e o progresso industrial. Em primeiro lugar, colocava o problema do cansaço e da neurastenia como consequência do progresso, de ferrovias, automóveis, telégrafo, rotativas, telefone. Nesse sentido, Jaramillo lembrava as palavras do fisiólogo italiano Angelo Mosso, quando insistia que a quantidade de livros e jornais “longe de ser um instrumento de repouso, são uma poderosa causa de fadiga”<sup>101</sup>. Em segundo lugar, ajudava a entender porque a empreitada médica relacionava-se fundamentalmente com o denominado maquinismo, atividade industrial vista como absolutamente esgotante, dado o permanente estado de alerta em que tinha que estar o operário.

Duas décadas depois, o médico José Manuel Restrepo sugeriu a criação de casas de repouso para os trabalhadores por parte das empresas particulares e públicas, construídas em locais com “climas apropriados, longe do barulho, ar e água puros, com boa porção de terreno onde o operário possa se dedicar a outros labores de índole agrícola ou pecuária em pequena escala”.<sup>102</sup> Justificava as tais casas afirmando que em fábricas e escritórios os tempos de repouso eram absolutamente necessários, pois o trabalho exigia atenção permanente, ao contrário de locais com pouco pessoal, produção manual ou ao ar livre. Sobre os trabalhadores do campo, Restrepo afirmava que, o fato de conseguirem dominar o trabalho e não serem dominado pelo “maquinismo, lhes da sensação de serem hábeis e de serem eles os verdadeiros criadores da riqueza”.<sup>103</sup>

As consequências dessa separação artificial entre moderno ou pré-moderno, campo e cidade, trabalho manual e trabalho industrial

---

<sup>101</sup> Ibid. Sobre a crise do progresso, ver: FRIEDMANN, Georges. **La crisis del progreso**: Esbozo de la historia de las ideas (1895-1935). Primera de La crise du progrès, esquisse d’histoire des idées, 1895-1935 (1936). Barcelona: Laia, 1977. A associação da ideia de crise com a origem da termodinâmica é muito interessante (ver: RABINBACH, **The human motor**.)

<sup>102</sup> RESTREPO, José Miguel. Algunos apuntes sobre medicina del trabajo. **Boletín Clínico**. v. VIII, n. 4 (88), p. 161–199, 1942, p. 189.

<sup>103</sup> Ibid., p. 192.

foram de tal magnitude, que a maioria das legislações do mundo esqueceu-se de legislar para trabalhadores rurais. Ainda que, no caso da Colômbia, estivesse absolutamente claro que o desenvolvimento agrícola do país estava relacionado com melhorar definitivamente as péssimas condições de trabalho e a saúde dos camponeses.

Os comentários acerca da fadiga não se davam exclusivamente no mundo acadêmico. Foram múltiplas as referências de políticos e legisladores mostrando que sabiam, havia muito, que aqueles que se entregavam sem pausas ao trabalho sucumbiam a ele. No informe de 1917, o Ministro de Governo condenava as excessivas jornadas de trabalho, afirmando que “a grande indústria provocou, com seu maquinismo (sic), um aumento na duração do trabalho que desconheciam os tempos passados. A máquina ignora o descanso, e o interesse do patrão é que seu rendimento seja o máximo”.<sup>104</sup> Em conclusão, “um adulto não resiste a um trabalho fabril de mais de doze horas sem prejudicar sua saúde e comprometer sua vida”.<sup>105</sup> Em 1932, como antecipava a reforma política para estabelecer o descanso dominical, um informe de atividades do ministério de indústrias afirmava que isto era uma exigência da sociedade, uma obrigação em favor do indivíduo, da família, da raça, para evitar o desgaste fisiológico, por um trabalho que melhor realizado com operários sem fadiga.<sup>106</sup> No interregno, a Primeira Convenção da Organização Internacional do Trabalho tratou o tema do limite das horas de trabalho nos estabelecimentos industriais a 8 horas diárias e 48 semanais. Uma das razões elencadas pelos assistentes era que a época contemporânea tinha visto surgir o extraordinário fenômeno do industrialismo, e com ele, problemas desconhecidos para os homens, sendo o mais grave “o aniquilamento do operário pelo uso desmedido de suas energias para satisfazer interesses meramente materiais”.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> PÉREZ, Francisco de Paula. **Memoria que al Sr. General D. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento presenta al Secretario de Gobierno al reunirse la asamblea de 1917**. Medellín: Imprenta Oficial, 1917, p. 16.

<sup>105</sup> Ibid., p. 17.

<sup>106</sup> CHAUX, Francisco José. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1932, p. CXIII.

<sup>107</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. *Convenciones Internacionales sobre el trabajo*, op. cit.

Analisando justamente esta convenção, os representantes da OGT arguíam sobre a importância do legislador colombiano acolher medidas que reduzissem a quantidade de horas de trabalho. Mais que a imposição, se insinuava a importância destas medidas pelo fato de pesquisas científicas demonstrarem que o trabalhador tinha um número limitado de energia utilizável, e que uma vez superada esta capacidade, o desgaste orgânico produzia diminuição da produtividade, desatenção, subconsciência, propensão às doenças profissionais e particular predisposição a acidentes. Adicionalmente, como já se apontou na primeira parte, o trabalhador fadigado se deprimia e era induzido ao alcoolismo, na procura de estímulos vitais que apagassem essa sensação. Não foi essa a única vez que o boletim institucional da OGT se manifestou sobre o tema, recorrente em todos os números publicados desde 1929. Em artigos relacionados com a higiene do trabalho, se insistia na importância de evitar o esgotamento físico e dispor de algumas horas semanais para o armazenamento de forças e de energia para o dia seguinte. Para as mulheres, se sugeria diminuir a quantidade de horas de trabalho, dada a menor resistência à fadiga.<sup>108</sup>

Em conclusão, a ideia da fadiga e a do repouso circulavam como preocupação acadêmica, social e legislativa. O cronista Luis Tejada lembrava algo comum nos escritos da época:

O operário precisa de um descanso, imposto naturalmente pelo desgaste da energia e pela fadiga inerentes a um labor rude. Nada mais racional e justo que esse descanso o dê a mesma empresa a quem o operário tem alienado seu trabalho e em cujo serviço tem desgastado sua energia.<sup>109</sup>

Em alguns casos, todo esse debate trasladou-se à realidade, como aconteceu nas indústrias Bavaria, Compañía Colombiana de Tabaco, Fábrica de Cimentos Samper, entre outras, que acolheram a ideia de pausas suplementares pela manhã e à tarde, para “facilitar assim a reparação das forças dos operários e mantê-los em boas condições

---

<sup>108</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. La higiene del trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 1, p. 22–26, 1929.

<sup>109</sup> TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. El salario dominical (Editorial, El Espectador, 17 de septiembre 1923). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 368–369.

físicas, com o objetivo de poderem produzir um maior rendimento de obra”.<sup>110</sup> Passou a ser tão óbvia e difundida a necessidade do repouso, que vários empresários a colocaram em prática; porque então tardou tanto em legislar-se sobre o número de horas de trabalho? Como se verá adiante, a falta de legislação sobre determinados aspectos se explica pelo jogo de interesses políticos e econômicos. O conhecimento científico para justificar a mudança estava mais ou menos dado, porém, a reforma relativa à quantidade de horas teve que esperar até 1934.

### **A fadiga à luz da psicofisiologia e a sociologia**

Em 1937, Emilio Morales perguntava se o problema da alimentação da classe operária não teria uma estreita relação com o salário mínimo, pagamento ao qual devia ter acesso o trabalhador para comprar a ração alimentícia proporcional ao esforço que devia desenvolver. Perguntava, também, se a menor resistência orgânica, as doenças infecciosas, degenerativas e a mortalidade nas classes humildes da Colômbia não eram resultado da má alimentação de pessoas em permanente exposição à fadiga.<sup>111</sup>

As perguntas de Morales ecoavam as reflexões de Calle, mas não correspondem ao mesmo registro discursivo. Ele abordou o problema da fadiga a partir da fisiologia do trabalho e da fisiologia industrial, dois campos de saber que começaram a ser apropriados na Colômbia nos anos 1930. Dois campos que, antes de tudo, se interessavam pela “fadiga industrial”, uma noção psicossocial do problema que não correspondia ao registro estritamente médico. Com efeito, Morales explicou em seu texto que a finalidade da fisiologia do trabalho era determinar a forma como trabalha o operário e como ele poderia aumentar a produção e conservar a saúde com menor fadiga. Por sua vez, a fisiologia industrial promovia as condições mais favoráveis da atividade industrial, de modo que resultasse mais eficiente em quantidade e qualidade, mais agradável e menos danosa possível.<sup>112</sup>

Esse processo, que punha em cena a preocupação pela fadiga dos trabalhadores, se produziu como consequência lógica das limitações da ciência médica em compreender a complexidade do processo produtivo.

---

<sup>110</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Convenciones Internacionales sobre el trabajo, op. cit., p. 36.

<sup>111</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial...*, op. cit., p. 18.

<sup>112</sup> *Ibid.*, p. 11.

O historiador François Vatin explica que houve, por parte da psicofisiologia, um deslocamento em direção à psicologia, com o intuito de compreender a fadiga, mas que fracassou nesse processo. Por um lado, os psicofisiologistas “não conseguiram estabelecer um vínculo entre a energética muscular e a fadiga induzida pelo trabalho físico”. Por outro, não conseguiram “colocar em evidência alguma contrapartida energética ao trabalho mental, e a fadiga psíquica apareceu como irredutível a qualquer intento de medição”.<sup>113</sup> Como era uma noção prática, cuja compreensão não se fazia possível por métodos fisiológicos ou psicológicos, o impasse sobre a fadiga foi resolvido nos anos 1920 e 1930 colocando-se o problema no campo da sociologia. Parte desse processo de *sociologização* implicou a objetivação de conceitos como o de “fadiga industrial”, cunhado por Charles Myers e levado à pesquisa sociológica por Friedmann.<sup>114</sup>

O historiador explica isto destacando que os conhecimentos dos psicofisiologistas do trabalho não foram rejeitados nem sequer esquecidos; foram simplesmente “instrumentalizados, utilizados como iluminações parciais de uma realidade percebida, primeiro no social, inclusive no moral: a periculosidade do trabalho moderno para o homem”<sup>115</sup>. Houve assim um retorno à noção de fadiga em seu sentido comum. Isto ocorreu logo que a “música celestial” do ambicioso projeto científico dos psicofisiologistas mostrou-se infrutuosa, tanto para entender a fadiga como para tornar mais felizes as relações entre trabalhadores e patrões.

Esse deslocamento do estritamente fisiológico ao sociológico, visível na história das ciências do trabalho na França, não foi tão explícito no caso da Colômbia, porque o problema no país apareceu com um componente “social” muito forte desde o começo. Dois argumentos podem ser elencados. Primeiro porque, excetuando-se a publicação de Calle, não existem antecedentes acadêmicos importantes, antes de 1937, de pesquisas diretamente relacionadas com a fadiga dos trabalhadores. Pode-se questionar esta afirmação, mas lembremos que o trabalhador dos especialistas em questões laborais era um sujeito de direitos, e ademais, os especialistas nesse campo não pareciam estar muito dispostos a dialogar com seus homólogos de outras especialidades, como se observa mais adiante, ao analisarem-se as tensões entre

<sup>113</sup> VATIN, *Trabajo, ciencias y sociedad*..., op. cit., p. 71.

<sup>114</sup> FRIEDMANN, *Problemas humanos del maquinismo industrial*, op. cit.

<sup>115</sup> VATIN, *Trabajo, ciencias y sociedad*..., op. cit., p. 72.



médicos-legistas e médicos do trabalho. A fadiga era para eles um problema principalmente industrial. Tanto assim que circulavam, massivamente, informes institucionais e debates políticos em jornais oficiais. O segundo argumento em favor dessa particularidade do caso colombiano é que os médicos preocupados com a saúde dos trabalhadores estavam principiando suas atividades nesse âmbito, quando na Europa, a discussão já exibia sintomas de esgotamento e necessidade de transformação. Para dizê-lo mais claramente, quando a sociologia levou sério o problema, competia ou fazia ponte com uma emergente psicologia aplicada.

Este último aspecto é muito importante, pois ao mesmo tempo em que se produzia essa sociologização do problema, produzia-se a psicologização do debate, concordando com o movimento que ocorria em todo o mundo desde os anos 1920, e que significou a consolidação do fator humano como noção aglutinadora da análise. Pode haver muitas explicações para entender porque se deu esse processo na Colômbia, mas cabe mencionar a apropriação da psicologia aplicada espanhola e da experiência do Instituto de Reabilitação de Inválidos do Trabalho da Espanha. Para entender isto, é preciso fazer um parêntese e lembrar a maneira como Mercedes Rodrigo Bellido (1891-1982) e César de Madariaga y Rojo (1891-1961) se incorporam às redes acadêmicas do país. Mais que tratar da figura do precursor, interessa aqui destacar esses autores por terem sugerido um duplo problema historiográfico acerca da circulação e da apropriação de saberes.

Durante a Guerra Civil Espanhola, a Colômbia recebeu 524 espanhóis em 1932, 575 em 1935, 359 em 1938, 405 em 1939, 389 em 1940.<sup>116</sup> A cifra parece incongruente com o apoio unânime à República por parte dos presidentes colombianos Alfonso López Pumarejo (1934-1938) e Eduardo Santos (1938-1940), porém, se justifica pela política de imigração excludente, que permitiu apenas o ingresso de pessoas com antecedentes irreprocháveis, conhecimentos úteis e capital. Na prática, significava muito cuidado com elementos anarquistas e comunistas. Em suma, havia mais pragmatismo político que solidariedade.

Mercedes Rodrigo foi uma das principais figuras da psicologia aplicada na Espanha. Bolsista de estudos, esteve ligada ao laboratório e ao gabinete de orientação vocacional da École des Sciences de

---

<sup>116</sup> BUSHNELL, David, Colombia. In: FALCOFF, Mark; PIKE, Fredrick B (Eds.). **The Spanish Civil War, 1936-39**: American hemispheric perspectives. Lincoln: University of Nebraska Press, 1982, p. 159-202.

l'Education, do Instituto Rousseau, dirigido por Édouard Claparède (1873-1940). Em 1923, formou-se como psicóloga da Universidade de Genebra e, no mesmo ano, junto com Pedro Roselló, traduziu o teste de Claparède.<sup>117</sup> Em 1924, juntou-se ao recém-criado Instituto de Reabilitação de Inválidos do Trabalho, como coordenadora da seção de orientação profissional. O Instituto se tornou, em 1928, o Instituto Nacional de Psicotécnica (INP) e ela tornou-se sua diretora em 1936. Em 1939, aproveitando o convite de Luis Eduardo Nieto Caballero, reitor da Universidade Nacional, conseguiu exilar-se na Colômbia. Em 1948, foi para a Costa Rica, pois “a Colômbia de 9 de abril parecia-se muito com a Espanha da Guerra Civil”.<sup>118</sup>

A chegada de Mercedes Rodrigo coincidiu com a necessidade que tinha a Universidade Nacional de melhorar o processo de seleção de novos candidatos, principalmente para as faculdades de medicina e direito. Para isso, foi criada a seção de psicotécnica do laboratório de Fisiologia da Universidade Nacional. Entre as atividades realizadas por Rodrigo para o laboratório, destacam-se a adaptação, difusão e aplicação do *Army Alpha Test*, o *Army Beta*, as provas de *Thurstone*, entre outros testes de inteligência e relações espaciais, assim como estudos sobre os perfis psicológicos dos estudantes de enfermagem e medicina.

Na mesma linha, ela avançou nas atividades de orientação profissional, inicialmente entre os estudantes da faculdade de medicina e, em seguida, entre os de engenharia e enfermagem. A seção de psicotécnica teve um rápido reconhecimento e passou a realizar testes de discriminação perceptual, memorização, evocação, imaginação, raciocínio e resolução de problemas. Selecionou e orientou profissionalmente os alunos dos colégios San Bartolomé, Nicolás Esguerra, Boyaca e o Gimnasio Moderno, cadetes da Polícia Nacional e da escola Superior de Guerra, trabalhadores das empresas Bavaria e Tranvia Municipal. Além disso, ministrou o curso de psicologia médica em 1946 e publicou o livro *Introducción al estudio de la psicología*, no qual enfatizou a psicologia infantil e a orientação vocacional. Não

---

<sup>117</sup> BOZAL, Ana Guil; GIL, Sara Vera. Entre Europa y América Latina: Mercedes Rodrigo, Psicopedagoga Pionera. **Revista Historia de la Educación Latinoamericana**. v. 13, n. 17, p. 71–92, 2011; HERRERO GONZÁLEZ, Fania. **Mercedes Rodrigo**: una pionera de la psicología aplicada en España y en Colombia. Tese de Doutorado em Filosofia. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2000.

<sup>118</sup> ARDILA, Rubén (Org.). **Psicología en Colombia**: Contexto Social e Histórico. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1993, p. 84.

obstante, como ela afirmou, a psicologia aplicada ou psicotécnica tinha soberania sobre todos os atos humanos, já que “existem fatos psicológicos sobre tudo”<sup>119</sup>. Por fim, em 20 de novembro de 1947, com o objetivo de ampliar a seção psicotécnica, criou o Instituto de Psicologia Aplicada da Universidade Nacional da Colômbia, o primeiro de seu tipo na América Latina.

Por intermédio de Mercedes Rodrigo e Nieto Caballero, chegou também ao país Cesar Madariaga, em 1939. Em contraste com a quantidade de artigos e informações sobre a vida de Rodrigo, é muito pouco o que se sabe sobre esta personagem. Formado em engenharia de mineração e metalurgia, era um conhecido promotor e defensor dos benefícios da organização científica do trabalho. Antes de exilar-se na Colômbia, foi diretor da Escola de Capatazes e Minas de Almadén, vice-presidente do Comitê Nacional da Organização Científica do Trabalho e membro do Instituto de Reeducação de Inválidos do Trabalho. Além de professor da Faculdade de Administração Industrial y Comercial (FAIC) do Gimnasio Moderno<sup>120</sup>, trabalhou como consultor de relações industriais no Instituto de Fomento Industrial, instituição privada e governamental colombiana criada em 1940.

Em 1946, publicou o livro *Introducción al factor humano en la Industria*<sup>121</sup>, obra que recolhe o essencial de suas palestras aos alunos colombianos. A importância deste autor pode ser percebida pela influência que teve em países como Chile e Portugal<sup>122</sup>, além de, obviamente, a Espanha. Na Colômbia faltam pesquisas que permitam aprofundar sobre seu papel, mas é certo que ele e Rodrigo transmitiram

---

<sup>119</sup> RODRIGO, Mercedes. Qué puede hacer la psicotecnia por el estudiante. **Revista de la Universidad Nacional**. n. 6, p. 309–320, 1946, p. 309.

<sup>120</sup> A FAIC foi criada em 1943 para formar os futuros quadros administrativos da indústria de Bogotá; uniu-se, em 1948, à Escola de Economía da Universidad dos Andes.

<sup>121</sup> MADARIAGA, Cesar de. **Introducción al estudio del factor humano en la industria**. Nociones de psicoeconomía. Bogotá: Cooperativa Nacional de Artes Gráficas, 1946.

<sup>122</sup> AZEVEDO, Ana Carina. Os primórdios da organização científica do trabalho em Portugal: o progressivo aperfeiçoamento dos métodos de racionalização desde o início do século XX até à II Guerra Mundial. **Mundos do trabalho**. v. 4, n. 7, p. 245–265, 2012; ORTÚZAR, Diego. Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 – 1940. **Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne]**, v. Débats, 2013.

a experiência acumulada sobre questões laborais do IRT aos futuros médicos e administradores das universidades Nacional e dos Andes.

Sobre o IRT existe uma extensa bibliografia, que mostra claramente sua importância para o desenvolvimento da medicina do trabalho e da psicologia aplicada na Espanha. Foi criado em 4 de março de 1922 e começou a operar em 1924. Tinha a intenção de “melhorar as condições de pessoas afetadas por incapacidade” e também contribuir para “resolver os problemas das relações econômicas e relações laborais que as altas taxas de acidentes de trabalho comportam para os empresários e o Estado”.<sup>123</sup> O modelo foi marcado pelo elevado grau de medicalização e pela influência da organização científica do trabalho (OCT). No campo médico foram aplicados os princípios de higiene industrial, ergonomia, estudos sobre prevenção de acidentes e fadiga, assim como foram realizadas pesquisas sobre traumatologia, ortopedia e reabilitação dos trabalhadores. No campo das ciências do trabalho foram realizados testes de habilidades para especialistas e trabalhadores, orientação profissional, seleção de pessoal e formação, buscando o melhor desempenho do trabalhador.

Voltando ao problema da fadiga industrial na Colômbia, a fisiologia do trabalho considera que o funcionamento de toda célula viva é uma sucessão ininterrupta entre uma fase de atividade e uma fase de repouso. A fadiga, nesses termos, é um processo normal, que anuncia para as células o momento em que é preciso passar do estado de atividade ao estado de repouso. Neste, a célula repõe o protoplasma e acumula energia. Quando o repouso não ocorre, o desequilíbrio se prolonga em quatro fases vitais: esforço, fadiga, sobrecarga e morte.<sup>124</sup>

O esforço consiste em uma ação voluntária, solidária e harmônica, com o objetivo de efetuar um trabalho, vencer uma resistência ou alcançar um fim. Pode ser agudo, quando é brusco, rápido, violento, único ou concentrado num espaço de tempo; e crônico, se o excesso de força é reiterado, habitual ou realizado por um longo tempo. A fadiga, por seu lado, descreve os pontos graduais intermediários entre o esforço e a sobrecarga. Na medida em que o

---

<sup>123</sup> MARTÍNEZ-PÉREZ, José. El obrero recuperado: Medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (España, 1922-36). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 13, n. 2, p. 349–373, 2006, p. 354.

<sup>124</sup> RESTREPO, José Miguel. Conceptos que deben reevaluarse para beneficio de la profesión. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. II (Tercera Época), n. 6, p. 486–497, 1948, p. 181.

esforço prolonga-se, a acumulação de resíduos aumenta sem tempo de reparação protoplasmática, e a intoxicação e o envenenamento fazem a célula perder propriedades vitais e, finalmente, morrer. Tal acumulação sem pausa para a recuperação produz a diminuição da capacidade funcional dos órgãos, até a queda definitiva da ação ou morte. O momento e a intensidade dos fenômenos concomitantes variam de um indivíduo para outro, em razão da constituição ou estrutura anatômica, temperamento ou fisiologia. Como disse Morales, “todo órgão, todo tecido, todo indivíduo terá um ritmo próprio de fadiga, que difere consideravelmente do ritmo de outro órgão e de outro indivíduo”<sup>125</sup>. Independentemente dos graus de resistência orgânica individual, o “fenômeno de restauração” consiste na acumulação e no descarte das “substâncias fatigantes”, sendo comum a todos os indivíduos, constituindo um fenômeno de defesa orgânica de todos os tecidos assim como um mecanismo de organização.

Contemporâneo de Morales, José Miguel Restrepo divide a fadiga fisiológica em três categorias, proporcionais ao grau de impregnação celular. No primeiro grau, encontram-se os transtornos patológicos súbitos de caráter muscular, geralmente sem impacto global. É comum entre escritores, telegrafistas, costureiras, violinistas, motoristas. O segundo grau de fadiga é a condição resultante de uma impregnação celular que, localizada inicialmente num grupo de células – por exemplo, em anexos do sistema muscular como os tendões –, gera um desequilíbrio biológico, posteriormente, em todo o organismo. É o caso do nistagmo ou blefarospasmo dos mineiros e a surdez dos caldeiros. O terceiro grau de fadiga é chamado de *surmenage* ou *agobio*, referindo-se à fadiga contínua, sem pausas ou espaço para a reparação orgânica ou física.

Outros dividem a fadiga em psíquica, das funções sensoriais, das funções motoras e da distribuição motora. Na primeira, se observam peso na cabeça, sonolência, falta de entusiasmo, mal-estar, vitalidade diminuída, imprecisão na execução do trabalho. Não há dúvidas, para os médicos, que resulta das modernas condições do trabalho taylorizado. A fadiga sensorial relaciona-se aos espaços de trabalho pouco iluminados ou com muito ruído, caracterizando-se por cefaleias frontais até transtornos mais graves de acomodação e adaptação, como o nistagmo profissional. Do ruído, resultam fenômenos como tontura ou escleroses

---

<sup>125</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiologia industrial...*, op. cit., p. 25.

do tímpano. A fadiga das funções motoras, por sua vez, se divide em dinâmica e estática: na primeira, os músculos não envolvidos na atividade laboral tardam em recuperar-se, acumulando maior fadiga em comparação com os músculos necessários para o trabalho. A fadiga produzida pelo trabalho estático resulta da contração muscular prolongada, seguida de dor localizada que obriga interromper o esforço. Finalmente, a fadiga causada pela má distribuição do trabalho produz transtornos dispépticos ou insônia. Em geral, fadigas de mais de um mês ou um ano produzem deformidade físicas, perda completa do sentido moral e perda da objetividade para diferenciar quantidade e qualidade.

Assim, a fadiga é a síndrome entre o fisiológico e o psicológico, associada a múltiplos transtornos. Por esse motivo, uma das principais preocupações dos médicos industriais era diagnosticá-la sem utilizar os fenômenos subjetivos conhecidos como “sensação de fadiga”. Em outros termos, como tirar a experiência da fadiga do registro da anamnese, para neutralizar as simulações de fadiga ou doença? Esta preocupação, em aparência estritamente clínica, ocorria, entre outras causas, porque a fadiga, no contexto dos seguros coletivos de doença, era facilmente assimilada à síndrome de “histerização” de todos os problemas psíquicos, morais, familiares e de desadaptação ao trabalho, em função de um afastamento ou abandono justificado sem redução do salário.

Os médicos colombianos experimentaram a solução para esse problema principalmente mediante a utilização de testes de estado fisiológico e valor funcional do organismo. Morales já recomendava sua utilização, mas foi com Mercedes Rodrigo que esses métodos modernos de investigação psicofisiológica se estabeleceram no país<sup>126</sup>. Os testes de estado fisiológico compreendiam a observação das modificações químicas de sangue, urina, excreções, trocas respiratórias, calorimetria, metabolismo, peso e apetite, variações no pulso arterial, no volume do coração, nos reflexos etc. Por outro lado, o valor funcional do organismo era avaliado em termos musculares, pela força e pela resistência (dinamometria); precisão, amplitude e regularidade (ergografia); coordenação e controle (teste do tremor); velocidade muscular (dactilografia). Para avaliar os aspectos psicofisiológicos se empregavam testes sensoriais e intelectuais, de atenção, memória, associação e lógica.

---

<sup>126</sup> GAITÁN AYALA, Manuel J. **Ergografia**. Bogotá, 1946.

Contudo, os métodos da psicofisiologia foram insuficientes para compreender um fenômeno tão complexo como a fadiga. Para começar, a fadiga não podia ser isolada de outros fenômenos habituais na vida do trabalhador, como as angústias e preocupações motivadas por fatores próprios do trabalho e externos, relacionados à vida familiar e ao convívio social. Justamente uma noção sociológica, a “fadiga industrial”, define o problema como “um fenômeno biológico, econômico e social que deve ser considerado pelo industrial, o trabalhador, o higienista, o médico, o economista e o teólogo”.<sup>127</sup> Com essa reflexão sociológica da fadiga industrial se destacam a importância de se adaptar a máquina moderna ao corpo humano e o papel de engenheiros e médicos nesta adequação; de se harmonizar a máquina ao ritmo natural do indivíduo, e não ao contrário; de se respeitar o ritmo com sua ação tônica de economia de esforços; e também respeitar os movimentos “inúteis”, pois podem constituir uma forma de repouso muscular e servir de meio de eliminação dos produtos da combustão – o que, por sua vez, explicaria a persistência milenar de movimentos em diferentes artes e ofícios; perceber a monotonia como obstáculo para o rendimento, segundo a natureza da operação e os fatores fisiológicos e psicológicos; entender segurança e bem-estar como fatores de recuperação e eliminação da fadiga, assim como a influência dos fatores estimulantes do trabalho, como os salários; levar em conta as condições e hábitos do trabalhador (família, sexualidade, bebidas, casa, meios de transporte, deveres fora do trabalho), somados a fatores sociais, como sindicalismo, patriotismo, instinto gregário, inteligência geral, sentimentos religiosos; finalmente, era preciso eliminar a prática de salários por produto, pois era fisiologicamente perigosa, obrigando o trabalhador a velocidades nocivas – também neste sentido, era preciso garantir a estabilidade laboral, com taxas e salários diferenciados, que dignificassem a qualidade profissional.

Como se observa, o enfoque sociológico da produção foi tão ambicioso quanto a fisiologia do trabalho e a psicofisiologia. Porém, reconheceu metodologicamente a impossibilidade de se compreender ou controlar todos os elementos em função de sua luta particular contra a fadiga industrial. Morales expressou isso assinalando que a

indeterminação do valor recíproco de diferentes  
fatores se deve a que o fim procurado é de

---

<sup>127</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial...*, op. cit., p. 33.

extrema complexidade, e não pode ser examinado sucessivamente a partir do mesmo ponto de vista pelo engenheiro, o industrial, o estadista, o médico do trabalho, o psicólogo, o fisiologista, o economista, o [sociólogo] etc.<sup>128</sup>

Era possível, pois, controlar as variáveis ambientais dos processos produtivos, como temperatura, umidade, barulho, maquinaria. Mas outras facetas, como a “fadiga coletiva”, com seus sintomas fisiológicos imprecisos e sensações subjetivas, escapavam a toda possibilidade de medida ou intervenção.

O controle da fadiga esteve no âmago de todas as discussões sobre rendimento industrial. Na documentação sobre a temática, afirma-se explicitamente que intervir nas causas da fadiga é o meio para aumentar a produção e reduzir os custos da acidentalidade na indústria. Para isto, é preciso determinar “a conformidade do trabalho com a constituição psicofisiológica do indivíduo; determinar a natureza mais ou menos fatigante das diferentes profissões; determinar, enfim, se possível, as causas da fadiga, em cada indivíduo”<sup>129</sup>. O estudo da fadiga importava porque a intensidade desta era proporcional à maior ou menor distância entre o indivíduo e seu ofício, o que equivale a dizer também que, maior a distância do ofício, maior a acidentalidade e menor o rendimento. Esse horizonte está relacionado com a falta de seleção profissional, a falta de prevenção ou racionalização das tarefas e as deficiências anatômicas – ou, em uma palavra, com o fator humano. Por outro lado, importava por conta do impacto na produção e na vida social. Sobre a produção, por diminuir o rendimento, aumentando os acidentes de trabalho, morbosidade, mortalidade, tempo perdido na indústria e obras mal feitas. Do ponto de vista social, se manifestava na negligência e na instabilidade laborais, em irritabilidade e desconfiança.

Uma vez que o médico ou engenheiro identificassem o pessoal sofrendo de fadiga industrial, sugeriam dois tipos de medidas para reduzi-la e retornar ao ponto de equilíbrio produtivo sem deterioração aguda do fator humano. Restrepo seguindo a Charles Myers, afirma que era necessário evitar períodos longos sem descanso e as jornadas de mais de 8 horas; suprimir as horas extras; introduzir pausas de repouso

<sup>128</sup> Ibid., p. 37. O original cita *teólogo*, mas acredito que seja um erro de impressão.

<sup>129</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 187.



com modificações de atividade e intervalos de atividades esportivas e de recreação; realizar treinamentos sistemáticos que permitissem uma adequada seleção profissional e adaptação do operário de acordo com suas capacidades naturais; criar um meio saudável e de bem-estar para o trabalho; introduzir estímulos laborais; suprimir as causas de irritação, determinando um salário em relação ao rendimento. Ao mesmo tempo, considerando-se que na era do maquinismo predomina o esgotamento mental, os especialistas sugeriam a implementação do *dopolaboro*, que consistia em práticas agradáveis para o trabalhador, como jardinagem, esportes, cultura física, ofícios domésticos, entre outras. Seria, assim, aumentada a produção, ao passo que o trabalho se tornaria humanizado, com práticas para manter a tranquilidade social e as boas relações entre patrões e operários.

Quanto à acidentalidade, a discussão se baseava na ideia de que a máquina moderna exigia do trabalhador a vigilância permanente. Como disse Restrepo, “a racionalização do trabalho em fábricas, sob o sistema de Taylor, se contribui efetivamente para a maior eficiência industrial, também é responsável por muitas perturbações [físicas e nervosas]”.<sup>130</sup> Portanto, a culpa do acidente pode ser o fator humano, o fator mecânico e ambos os fatores. Da menor à maior intervenção do fator humano se identificavam os acidentes produzidos por uma ação não habitual dos materiais; os acidentes devidos a uma ação não habitual do trabalhador; os acidentes resultantes da ação não usual do material, consecutiva a uma ação não habitual do indivíduo.

As opiniões se dividiam entre quem considerava que a causa principal dos acidentes era a velocidade da produção e aqueles que acreditavam que era a principal causa era a fadiga. A divergência não era irrelevante, pois trata-se de acontecimentos paralelos, mas não necessariamente simultâneos. Quando o problema era a velocidade, o acidente poderia acontecer antes da fadiga. Nas estatísticas empresariais, isso poderia eventualmente se materializar em uma tendência à acidentalidade nas segundas-feiras pela manhã. Entretanto, quando o problema fosse a fadiga, seria mais provável que os maiores índices de acidentalidade se apresentassem nas quintas ou sextas-feiras. Estudos específicos mostravam que os índices de acidentalidade cresciam durante o segundo semestre do ano, em razão das estreitas relações com a fadiga psíquica, mais concretamente, com a diminuição da capacidade

---

<sup>130</sup> Ibid., p. 185–187.

de reação defensiva e a perda da atenção. A situação podia ser pior em trabalhos noturnos.

Na prática, as estatísticas industriais eram obscuras e frágeis metodologicamente; ao menos no caso colombiano, não passavam de aritméticas industriais sem maior sofisticação, com dados escassos. Apesar disso, deixavam claro que superar os limites da capacidade de trabalho afetava os índices de acidentalidade e, a longo prazo, a saúde do trabalhador era afetada, assim como os custos da produção. A situação podia piorar, pois na Colômbia, segundo alguns médicos, as condições nutricionais e, em sentido amplo, os aspectos econômicos, higiênicos e sociais, tornavam mais perigosos os excessos do trabalho ou agudizavam a fadiga com seus efeitos concomitantes.

Assim, em termos científicos, não havia dúvidas quanto à importância do repouso. Por um lado, como mostraram vários autores, um dos problemas emergentes no século XX era quanto ao que se fazer com o tempo livre dos trabalhadores. Por outro lado, a maioria das pesquisas realizadas depois se dirigiu menos a justificar a importância do repouso do que a gerir o corpo do trabalhador na indústria, de forma a diminuir os efeitos da fadiga. Cabe mencionar, por exemplo, os programas de visão tridimensional que empregavam contraste e cores complementares para diferenciar partes da máquina e aumentar a atenção. Não se tratava, pois, de prever o inevitável, mas de reduzir a velocidade da deterioração. Um texto sobre fisiologia do repouso, publicado no jornal da OGT, expressou em sete princípios a preocupação pelo empobrecimento precoce e a utilização inconsciente do bem mais precioso do operário, isto é, sua força de trabalho. Mais ou menos com as mesmas palavras, os autores destacavam que todo trabalho precisava de períodos de repouso, distribuídos ao longo do dia, para permitir que as forças não se esgotassem e se aumentasse o rendimento total<sup>131</sup>.

Além de aumentar a acidentalidade ou incidir no rendimento laboral, a fadiga constitui-se um fator predisponente ou coadjuvante de doenças, como transtornos do aparato circulatório, alterações da nutrição, perturbações do sistema neurovegetativo e nervoso central, assim como de emergência de doenças latentes, como a tuberculose. Os esforços agudos e os crônicos prolongados com seus grandes efeitos corporais são elementos constitutivos das legislações sobre acidentes de

---

<sup>131</sup> Fisiologia del reposo (traducción de Hygiène du Travail). **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 4, p. 220–222, 1930.

trabalho e doenças profissionais – os agudos correspondem ao primeiro grupo e os crônicos, ao segundo.

Por outro lado, reconhecer a relação entre fadiga industrial e acidentalidade laboral abria um grande potencial no âmbito jurídico, pois podia atenuar a culpa potencial do trabalhador. A legislação sobre acidentes de trabalho eximia o patrão da responsabilidade sobre o incidente quando o operário tivesse “culpa”, porém, como a maioria dos acidentes acontecia por fadiga industrial, não haveria razões para se negar a indenização. Não obstante, este argumento foi usado mais teoricamente do que no âmbito médico legal. Em todo caso, houve um avanço possível no reconhecimento de que o fator humano precisava de repouso, ou que a fadiga era um processo morboso consequência do trabalho – mesmo que tal reconhecimento se desse com um objetivo menos justo e mais prosaico, qual seja, aumentar o rendimento. Lançar um raio de luz sobre o fenômeno aparente de um coração infatigável permitiu quantificar e qualificar múltiplos fatores de risco ou contingências da produção. Mais que isso, o conhecimento dos perigos e riscos para o corpo no âmbito industrial vieram a ser insumos no século XX para justificar algumas reformas sociais.<sup>132</sup>

### 1.3. Reflexões finais acerca do fator humano

Ao longo deste capítulo, foi possível observar a maneira como alguns médicos colombianos objetivaram dois problemas clássicos do mundo laboral: o alcoolismo e a fadiga. No que se refere à crítica ao alcoolismo, foram identificadas três tendências analíticas: em primeiro lugar, uma trajetória ligada às noções de degeneração e ao projeto eugênico; em segundo lugar, a problematização do alcoolismo na esfera

---

<sup>132</sup> Alguns historiadores mostram que esse conhecimento serviu aos trabalhadores na luta pelos direitos. Ver: BERTUCCI, Liane Maria. **Saúde: arma revolucionária**; São Paulo, 1891-1925. Campinas: Centro de Memória, Unicamp, 1997. Embora não existam trabalhos da historiografia colombiana sobre este aspecto, cabe imaginar que, na imprensa operária da Colômbia, os operários também tenham usado os discursos médicos para reivindicar reformas sociais. Para um panorama sobre a imprensa operária no país, ver: NÚÑEZ ESPINEL, Luz Ángela. **El obrero ilustrado**: prensa obrera y popular en Colombia, 1909-1929. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Historia, 2006.

econômica; em terceiro lugar, a objetivação do alcoolismo como “doença social”, ligada particularmente à classe trabalhadora. Estas três críticas coexistiram, não se apresentaram diacronicamente.

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas no mundo do trabalho, observa-se uma semelhança entre a forma como foi expressa a crítica ao alcoolismo e os paradigmas produtivos ou formas de organização do trabalho então em voga. Na virada do século XIX para o XX – com o predomínio da ideia de acumulação extensiva e de um regime dependente do número de trabalhadores ou área cultivada –, a preocupação com o alcoolismo se concentrou no problema do despovoamento e o do declínio das forças produtivas da nação. Esta preocupação com a quantidade de população juntava-se à questão da qualidade da força de trabalho. Importava ter muitas pessoas, mas que fossem trabalhadores fortes, com um ótimo desempenho físico e mental que aumentasse a produtividade. Finalmente, num contexto em que os custos médicos e sociais de produção começaram a ser parte dos cálculos de benefícios econômicos, o alcoolismo tornou-se um fator de risco de acidentes e doenças.

Cabe destacar que o trabalho foi um dos problemas mais palpitantes da sociedade colombiana de praticamente toda a primeira metade do século XX, e provavelmente, do mundo inteiro. Segundo um aforismo da época, “um homem não é um homem, senão na medida em que trabalha”.<sup>133</sup> Começar este capítulo pelo alcoolismo para logo analisar a fadiga buscou destacar, precisamente, a crescente importância do mundo do trabalho na Colômbia.

Foi possível perceber o alcoolismo como um problema moral e social, que ganhou um sofisticado espaço entre as discussões científicas e acadêmicas sobre a produção industrial.

Sobre a fadiga, a discussão foi colocada desde as origens como um problema psicofisiológico, com pronunciado viés social. Este é um aspecto instigante, pois mostra que os especialistas colombianos em questões laborais levavam em conta, como seus homólogos de outros países, a hereditariedade<sup>134</sup>, porém, em uma perspectiva que considerava os fatores sociais como igualmente significativos.

---

<sup>133</sup> UREGUI, Antonio José; ROJAS, Tiberio. Nuestra democracia y el obrero colombiano (Discurso pronunciado en la sesión solemne de la Sociedad Unión el 7 de mayo de 1913). In: **Conferencias**. Bogotá: Imprenta de Gaceta, 1913, p. 14.

<sup>134</sup> Em outras regiões do continente, este discurso parece ter tido maior relevância. HAIDAR, Victoria. **Trabajadores en riesgo**: una sociología

Naturalmente, se deve ter muito cuidado para não transformar a singularidade do exemplo em uma teoria geral do pensamento médico social colombiano da primeira metade do século XX. As fontes analisadas correspondem apenas a uma parcela da produção acadêmica dos médicos colombianos. Concretamente, o interesse sobre as doenças dos trabalhadores se dirigiram, como veremos nos seguintes capítulos, a acidentes, doenças profissionais, medicina do trabalho e instituições do trabalho.

Em conclusão, pode-se dizer que a “fadiga industrial” pertenceu a um ramo diferenciado da neurastenia, historicamente mais próxima de Rudolf Clasius e Charles Myers que de Bénédict Augustin Morel. De fato, para os médicos do trabalho, a fadiga era, antes de tudo, um conceito das ciências do trabalho, construído com elementos analíticos da termodinâmica, da psicofisiologia do trabalho e da sociologia. Dessa maneira, relacionava-se com outras figuras da retórica científica, como esforço e repouso, debates em torno da técnica, do meio e da máquina. No século XX, abrangia uma complexa rede de interações com o problema das transformações produtivas, as mudanças nas condições de trabalho, a incorporação de legislações trabalhistas e a consolidação das formas de racionalização científica do trabalho – representada na Colômbia, principalmente, pela economia industrial.

Por sua vez, a fadiga atrelava-se à noção bastante problemática de fator humano. Com efeito, a discussão fez parte do processo mais amplo de emergência e incorporação do “fator humano” ou “fator sociológico” ao cálculo da produção. Certamente, as metáforas de motor humano e capital humano não foram substituídas, mas houve um processo de psicologização e sociologização. Assim, na medida em que se transitava da fisiologia do trabalho para a psicofisiologia, o foco na capacidade corporal do operário foi descentrado, em função da observação metódica do temperamento mental do trabalhador e de seu comportamento social. Não é possível analisar o impacto social e político provocado por um conceito como o de fator humano, entretanto, devem-se problematizar algumas de suas coordenadas epistemológicas.

---

histórica de la biopolítica de la población asalariada en la Argentina, 1890-1915. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008; ROLDÁN, Diego P. Discourses on the body, the “human motor”, energy and fatigue: cultural hybridations in fin-de-siècle Argentina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 3, p. 643–661, 2010; FERLA, Luis. O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 30. **Asclepio**. Revista de historia de la medicina y de la ciencia. v. LVII, n. 1, p. 237–263, 2005.

O movimento do fator humano surge em contestação ao absurdo mecanicismo taylorista<sup>135</sup>, partindo do princípio que é pura especulação metafísica considerar o homem como motor ou mera força. Para os pesquisadores envolvidos nesse universo de reflexões sobre os problemas laborais, a medicina industrial não pode considerar o trabalhador como uma máquina ou medir a capacidade operária em função exclusiva da força muscular. Para a ideia de fator humano convergiam as manifestações de força, os afetos, os sentimentos e as emoções. Como disse T.J. Ostrewich no Conselho Interamericano de Segurança, “nenhum trabalhador cessa de ser pai, noivo, sonhador, nem deixa de odiar só porque veste um macacão. Não podemos apagar as emoções com chamados à razão. A lógica não os alcança”<sup>136</sup>. O mesmo autor lembrava que o trabalhador não é uma engrenagem da máquina industrial, mas “uma unidade completa que trabalha, respira e reúne aspetos mentais, físicos, emocionais, culturais, sociais e econômicos”<sup>137</sup>.

Além de se contrapor à clássica visão do motor humano, esta ideia tornava mais complexa a preocupação com rendimento, diminuição do preço e aumento do volume da produção, desafios fundamentais da racionalização científica do trabalho. De acordo com a definição adotada pela Conferência Econômica Internacional de 1927, a racionalização era o conjunto de procedimentos próprios para assegurar o mínimo de perda de esforços e de material, para “obter de todos um rendimento máximo para alcançar um preço de custe mínimo”<sup>138</sup>. Nesse horizonte, fica claro que, para assegurar um mínimo de perda do material e um máximo de produção, era preciso aperfeiçoar a máquina, ao passo que se otimizava o método de produção e aumentava o rendimento, com menor esgotamento do operário. Teoricamente, são as

---

<sup>135</sup> FRIEDMANN, **Problemas humanos del maquinismo industrial...**, op. cit., p. 75.

<sup>136</sup> OSTREWICH, T.J. Fuentes de Accidentes. Un estudio sobre las principales causa de ellos (publicado originalmente en Consejo Interamericano de Seguridad Vol. 12 N° 9). **Salud y Trabajo**. v. I, n. 11, p. 13–15, 1950, p. 13.

<sup>137</sup> OSTREWICH, T.J. Fuentes de Accidentes. Un estudio sobre las principales causa de ellos (publicado originalmente en Consejo Interamericano de Seguridad Vol. 12 N° 9). **Salud y Trabajo**. v. I, n. 11, p. 13–15, 1950, p. 13.

<sup>138</sup> MAURETHE, Fernand. La organización científica del trabajo y el interés de los obreros. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**. v. I, n. 7, p. 435–445, 1930, p. 436.

causas mecânicas e as não mecânicas as que determinam tanto o rendimento como a maior acidentalidade. No entanto, praticamente todos os pesquisadores aceitam que o bom funcionamento da indústria depende principalmente do fator humano. Para o bem e para o mal, todas as campanhas de intervenção na indústria para acelerar a produção colocam o homem no centro. Qualquer pretensão de melhoramento, sincronia ou seguridade industrial recai sobre o fator humano.

Não sendo o homem mais uma máquina de produção de trabalho, e sendo o fator humano o eixo da produção, a empresa termina dependendo dos fatores individuais e da influência do social no fator humano. Ou, como disse Friedmann, de um fato técnico, um fato psicológico e um fato social<sup>139</sup>. Assim, para os observadores da época, não era segredo que os problemas econômicos, a insatisfação com a vida, os conflitos familiares, as preocupações morais, a má nutrição, entre outros, incidia diretamente na produção. Do mesmo modo, era evidente para eles que os mesmos fatores intervinham na maior ou menor acidentalidade laboral. Não se subestimava completamente o peso que o maquinismo, seus movimentos monótonos e a rotina tinham sobre o indivíduo, mas os reflexos que conduziam à maior acidentalidade deveriam ser avaliados em correlação com outros fatores, como más condições de trabalho, fatores de grupo, de ambiente e sociais.

Nesse horizonte, os problemas da produção eram associados aos problemas da vida e, de alguma forma, incorporados ao campo da sociologia. De fato, nos anos 1940, a fadiga industrial tinha-se “sociologizado”, da mesma forma que a discussão sobre os fatores sociais vinculados à saúde coletiva era cada vez mais aceita como parte evidente do debate. A este respeito, Rafael Salamanca insistia na necessidade de que os médicos realizassem um tipo de pesquisa social em que todas as causas e condições fossem avaliadas de acordo com a realidade nacional, sem inclinar-se por avaliações exclusivistas – pedagógica, social, nutricional, endocrinológica, determinista geográfica ou hereditária.<sup>140</sup> Mais ou menos na mesma época, Laurentino Muñoz, num artigo intitulado *Sociologia da saúde*, assinalava que os problemas de saúde eram muito complexos e precisavam da aplicação de princípios médicos, econômicos, antropológicos, éticos, sociais, estéticos.

---

<sup>139</sup> FRIEDMANN, **Problemas humanos del maquinismo industrial**, op. cit.

<sup>140</sup> SALAMANCA AGUILERA, Rafael. La importancia de los estudios sociológicos. **Heraldo Médico**. v. I, p. 2–3, 1941.

Acrescentava que, na visão dos médicos, o problema da higiene era frequentemente visto de maneira parcial, desconsiderando acidentes e doenças do trabalho, assim como a mortalidade infantil, que eram problemas a ser resolvidos com uma transcendente ação social.<sup>141</sup>

A ideia do fator humano emergiu na Colômbia, timidamente, nas faculdades de engenharia, em torno dos anos 1910, alcançando seu auge nos anos 1940, quando um grupo de políticos no contexto da crescente tecnocracia a incorporou aos debates institucionais. O fator humano no debate político permitiu um deslocamento do problema da degeneração da raça, mantendo alguns poucos matizes da discussão. Em 1934, os membros da Oficina Nacional do Trabalho, ao elencar as razões pelas quais era preciso estabelecer um salário mínimo, afirmaram que “a parte as conveniências sociais e raciais”, a obra de criação de riqueza “tem que incluir iniludivelmente o aperfeiçoamento do fator trabalho, isto é, o capital humano, que incorpora seus esforços na produção”.<sup>142</sup> Seis anos depois, no mesmo órgão, José Joaquim Caicedo Castillo, ministro do Trabalho, Higiene e Previdência Social lembrava como funções essenciais dessa instituição a defesa do fator humano, para a qual era preciso uma política de fomento municipal e ampla política social.<sup>143</sup> Paralelamente, alguns dos argumentos favoráveis à previdência social eram, precisamente, conservar o fator humano e aumentar seus principais valores de saúde e capacidade para o trabalho.<sup>144</sup> O historiador Daniel Díaz apontou que, para o presidente Alfonso López Pumarejo, “o problema não era já a degeneração da raça, e sim as cadeias da tradição que aprisionavam as inteligências e as forças da população [por isso a solução era] a educação do povo inculto [...] e a formação de cidadãos conscientes de sua nacionalidade”.<sup>145</sup> Contudo,

---

<sup>141</sup> MUÑOZ, Laurentino. Sociología de la salud. **Revista de la Universidad Nacional**. n. 8, p. 266–272, 1947.

<sup>142</sup> LANA O TOVAR, José Ramón, Editorial. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. VI, n. 45-50, p. 301–305, 1934, p. 302.

<sup>143</sup> CAICEDO CASTILLA. José Joaquín, La obra social del gobierno (conferencia dictada el 11 de marzo de 1941). **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**. p. 8–20, 1940, p. 8.

<sup>144</sup> STEIN, Oswald. La implantación del seguro social obligatorio. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**. n. 81, p. 3–53, 1942.

<sup>145</sup> CASTRO-GÓMEZ, Santiago; RESTREPO, Eduardo (Orgs.). Raza, pueblo y pobres: Las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873-1962). In: **Genealogías de la colombianidad: formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX**. Bogotá:



foi com Mariano Ospina Pérez que o debate sobre o fator humano alcançou seu ápice. Como lembra Daniel Pécaut, o programa econômico de Ospina Pérez era tornar o país numa grande empresa de produção.<sup>146</sup> Isso explica por que, durante sua campanha presidencial em 1946, propunha o desenvolvimento do fator humano, da força produtiva nacional, dos institutos científicos para estudar os trabalhadores, as causas e efeitos da fadiga psicológica e fisiológica, os efeitos orgânicos do trabalho e diversos agentes nocivos, e demais instrumentos para o rendimento do trabalhador.<sup>147</sup>

Em conclusão, o fator humano era tanto aquele que desenvolvia harmônica e conscientemente a energia psíquica e física, quanto a energia ativa que contribuía com outras forças econômicas para o aperfeiçoamento da produção e para o aumento da riqueza nacional.<sup>148</sup> Estes atributos parecem ecoar outras categorias vigentes na época, como raça e capital humano, mas também são parte de um longo processo de afirmação e legitimação da identidade, mediante objetivação e apropriação, por parte dos médicos, de diversos fatores inerentes ao mundo do trabalho. Dessa maneira, no que tange ao fator humano nos discursos de engenheiros e médicos, se observa, em primeiro lugar, a complexidade do problema com a introdução dos fatores individuais e os fatores sociais. Por um lado, a vertente mais próxima dos engenheiros, que colocava o fator humano em relação com a racionalização “científica” do meio do trabalho, o aumento do rendimento, da produtividade, da capacidade e a redução dos custos por acidente. Isso era associado à liberação de potencial e experiência dos indivíduos, ao passo que se dava um processo de persuasão e procura de consenso com o operário, para minguar as formas de resistência cotidiana e de independência do espírito.

---

Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, 2008, p. 56.

<sup>146</sup> PÉCAUT, Daniel. **Orden y violencia**: evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001, p. 499.

<sup>147</sup> MAYOR MORA, **Ética, trabajo y productividad en Antioquia**, op. cit., p. 470.

<sup>148</sup> CALDERÓN REYES, José Joaquín. Evolución histórica de la medicina del trabajo: labores realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Bogotá, sobre “Medicina del Trabajo”. **Revista de la Facultad de Medicina. Univesidad Nacional de Colombia**. v. 23, n. 11-12, p. 782–805, 1955, p. 787–788.

Por outro lado, havia a vertente psicofisiológica do trabalho, em princípio mais teórica, voltada à identificação das causas predisponentes e dos fatores psicossociológicos envolvidos no aumento da acidentalidade, da doença e da redução do rendimento. Nesse campo de saber, o fator humano foi visto fundamentalmente através de duas ferramentas: a seleção psicotécnica do pessoal e a orientação profissional. Partia do pressuposto que existiriam indivíduos mais aptos para determinados trabalhos, que quando colocados num lugar diferente, sofreriam em seu espírito e sua carne as consequências de dita atividade. Igualmente, eram considerados tipos de indivíduos mais propensos a sofrer acidentes: maníacos depressivos, sonhadores, cronicamente preocupados, paranoicos, solitários, de “personalidade torcida”<sup>149</sup>. Toda essa classificação dos fatores psicológicos que incidiriam na maior acidentalidade parece contradizer o que também se afirmava, em termos teóricos, acerca da importância de se reconhecer os fatores sociais envolvidos no processo produtivo.

Por outro lado, ao concluir esta seção, é possível afirmar que a observação sistemática do fator humano permitiu comprovar, cientificamente, que o controle dos fatores psicofisiológicos da produção favorecia patrões e operários. Contudo, parecia escapar uma observação de sentido comum: um regime baseado na exploração sistemática dos trabalhadores e a sonegação dos direitos eram muito mais rentáveis, infelizmente. Aliás, os defensores do movimento do fator humano nunca conseguiram levar à prática industrial a análise do comportamento operário, um dado sempre rebelde à previsão e ao cálculo.<sup>150</sup> Todos os esforços para conceituar a fadiga foram tão frágeis, que se aceitou a impossibilidade de uma teoria geral da fadiga.<sup>151</sup>

Na crítica ao tecnicismo taylorista ou na procura da liberação do trabalhador dos problemas corporais da produção, os psicofisiologistas fizeram da mente e do próprio corpo do trabalhador um novo ídolo. A culpa, consciente e inconsciente, do operário nos acidentes de trabalho passou a ser fundamental, ao passo que o meio laboral se tornava, paulatinamente, um aspecto secundário no momento de avaliarem-se os

---

<sup>149</sup> OSTREWICH. Fuentes de Accidentes. Un estudio sobre las principales causa de ellos (publicado originalmente en Consejo Interamericano de Seguridad Vol. 12 N° 9).

<sup>150</sup> CANGUILHEM, Georges. Meio e normas do homem no trabalho. **Proposições**. v. 12, p. 109–121, 1947, p. 120.

<sup>151</sup> LE BIANIC; VATIN, la science du travail et le paix sociale, op. cit., p. 11.

riscos da indústria. Evidentemente, este não foi um processo tão homogêneo. Nos anos 1950, muitos dos problemas da produção na Colômbia ainda eram técnicos. Em todo caso, a discussão sobre o fator humano na produção circulava nos âmbitos acadêmicos e industriais.

Os capítulos seguintes buscam entender como foram objetivados os acidentes de trabalho e as doenças profissionais pelos médicos colombianos. Analisam-se principalmente os aspectos legislativos, médicos e institucionais, questionando, permanentemente, a forma como o fator humano contribuiu para indicar e ocultar os problemas do mundo do trabalho, mediante uma retórica de psicologização, medicalização e normalização das aptidões para o trabalho.<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> BUZZI, Stéphane; DEVINCK, Jean-Claude; ROSENTAL, Paul-André. **La santé au travail, 1880-2006**. Paris: La Découverte, 2006.

## CAPÍTULO 2. ACIDENTES DE TRABALHO NA COLÔMBIA. DOCTRINA, LEI E JURISPRUDÊNCIA (1915-1945)

Nas décadas de 1910 e 1920, os países de América Latina, sem exceção, criaram legislações sobre acidentes de trabalho, da mesma forma que o fizeram Alemanha (1884), Áustria (1887), Noruega (1894), Itália (1898), França (1898), Espanha (1900), Holanda e Suécia (1901), Luxemburgo (1902), Bélgica (1903), Inglaterra (1906), Hungria (1907), Sérvia (1910), Suíça (1911), Romênia (1912) e Dinamarca (1920). Assim, foram criadas legislações trabalhistas na Guatemala (1906), em El Salvador (1911), Peru (1911), Argentina (1915), Colômbia (1915), Venezuela (1915), Cuba (1916), Chile (1916), Panamá (1916), México (1917), Brasil (1919), Uruguai (1920), Equador (1921), Bolívia (1924), Costa Rica (1925)<sup>153</sup>. Nos Estados Unidos igualmente, como em New York (1898), Maryland (1902), Massachusetts (1908) e Montana (1909)<sup>154</sup>.

Não obstante, a questão era menos homogênea e o amparo ao trabalhador podia mudar de um lugar para outro. Por exemplo, na Argentina, os horários de trabalho, os salários e o alcance das leis trabalhistas mudavam de acordo com o sistema federal ou provincial que regia o trabalhador.<sup>155</sup> A disparidade podia ser de tal magnitude, que doze estados mexicanos possuíam leis trabalhistas, enquanto, na véspera da promulgação da lei federal do trabalho, em 1931, quatro estados e o Distrito Federal careciam de regulamentação sobre acidentes de trabalho.<sup>156</sup> Em caso de incapacidade permanente e total, o trabalhador

---

<sup>153</sup> Veja-se: POBLETE TRONCOSO, Moisés. *Labour legislation in Latin America: I. International labour review*. v. 17, n. 1, p. 51–68, 1928; \_\_\_\_\_. *Labour legislation in Latin America: I-II. International labour review*. v. 17, n. 2, p. 204–230, 1928; REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria presentada al Congreso de 1927*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1927, p. 63.

<sup>154</sup> GUYTON, Gregory P. *A Brief History of Workers' Compensation*. *The Iowa Orthopaedic Journal*. v. 19, p. 106–110, 1999.

<sup>155</sup> RAMACCIOTTI, Karina Inés. De la culpa al seguro. La ley de accidentes de trabajo, Argentina (1915-1955). *Mundos do trabalho*. v. 3, n. 5, p. 266–284, 2011, p. 276.

<sup>156</sup> RAJCHENBERG, Enrique. De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México revolucionario. *Estudios de*

acidentado podia receber uma pensão vitalícia equivalente à metade do salário, ao passo que em outro lugar da federação, o montante da pensão vitalícia seria a totalidade do salário durante os anos de vida provável, ou ainda, um pedaço de terra.<sup>157</sup> Posteriormente, os contratos coletivos de trabalho, em detrimento dos individuais, introduziram outro fator na proteção social. Os sindicatos mais fortes, amiúde de ferrovias ou transportes, podiam alcançar melhores condições para os associados. A reclamação individual era sempre menos eficaz que a resolução coletiva.

Em princípio, a proteção se limitou aos acidentes de trabalho, e o problema das doenças ocupacionais foi adiado até as décadas de 1930 e 1940. Mas na prática, houve muita elasticidade na interpretação dos limites possíveis de aplicação da lei, de maneira que as doenças desconsideradas no registro dos acidentes de trabalho, eventualmente, eram indenizadas por algum tribunal de justiça.

Para a maioria dos historiadores, as razões pelas quais se deu este tipo de intervenção social do Estado mudavam de um lugar para outro, porém, coincidiam num ponto: no final do século XIX, os reformadores sociais estavam conscientes dos efeitos colaterais do progresso industrial e dos benefícios econômicos da saúde. Com efeito, o reconhecimento dos perigos da sociedade industrial e do maquinismo não era novidade. Entre 1830 e 1860, foram realizadas várias investigações médicas, nas quais a pobreza foi a figura central. Nessas primeiras “epidemiologias urbanas”, o fator profissional estava atrelado aos problemas da higiene pública. No entanto, a “violência, quotidiana ou acidental, física ou moral” do trabalho começava a revelar-se, ao mesmo tempo em que se perfilava um saber científico sobre os corpos em risco.<sup>158</sup>

O que se dizia com sofisticação científica já era parte do inventário de experiências traumáticas dos operários desde começos do século XIX. Em toda parte, pululavam relatos sobre ruídos enlouquecedores, fábricas com pouca luz, filhos perdidos em acidentes, crianças doentias e frágeis, organismos enfraquecidos pelo trabalho ou “máquinas come-homens”. Entretanto, as estatísticas sobre a questão estão despojadas de qualquer credibilidade em quase todos os países do

---

**Historia Moderna y Contemporánea de México.** v. 15, p. 85–113, 1992, p. 106.

<sup>157</sup> RAJCHENBERG, De la desgracia al accidente de trabajo..., op. cit.

<sup>158</sup> MORICEAU, Caroline. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle: entre connaissance, déni et prévention. **Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine.** v. 56, p. 11–27, 2009.

mundo. Quando existem, como afirma Georges Friedmann, “sempre se deve pensar que o número de acidentes é maior”.<sup>159</sup>

Assim, os acidentes de trabalho constituíam um problema real do ponto de vista individual e coletivo. Além dos efeitos negativos da industrialização, alguns historiadores observam que, mais que reformas sociais efetivas, o que houve foram soluções compatíveis com os interesses industriais ou adaptações do paternalismo industrial aos desafios produtivos do século XX que se iniciava. A reparação ao trabalhador permanecia como expressão do paternalismo industrial. No mesmo horizonte, as leis trabalhistas seriam a consolidação da uma tolerância estatal controlada, que permitia minorar o descontentamento social e abrandar a radicalidade dos nascentes movimentos operários. Em outras palavras, a lei sobre acidentes, como amostra dos dispositivos de persuasão e coerção da classe operária, era manifestação do interesse do governo em instaurar uma falsa harmonia de interesses, baseada numa desejada coesão social.

Outros pesquisadores veem nos movimentos operários e na pressão popular, real ou simbólica, as razões pelas quais, nessa primeira metade do século XX, e não antes, se legislou sobre as questões relativas ao mundo do trabalho.<sup>160</sup> No entanto, como a intensidade do conflito entre capital e trabalho mudava de um lugar para outro, o impacto da formulação das leis era diferente. No México, na Argentina e no Brasil, por exemplo, ações populares de ordem local ou nacional puderam impulsionar a política nacional no campo dos direitos sociais, ao passo que na Colômbia, o papel do movimento operário parece ter sido mais tímido. Para outros autores ainda, os países da América Latina produziram uma imprevista imitação das leis sociais da Europa, principalmente das francesas e espanholas. O que explicaria, a tendência generalizada de se proteger unicamente os trabalhadores urbanos, e o marasmo frente às péssimas condições dos camponeses, mesmo tratando-se de sociedades predominantemente agrícolas<sup>161</sup>.

---

<sup>159</sup> FRIEDMANN, **Problemas humanos del maquinismo industrial**, op. cit., p. 135.

<sup>160</sup> RAMACCIOTTI, *De la culpa al seguro. La ley de accidentes de trabajo...*, op. cit.

<sup>161</sup> Existem na historiografia colombiana registro de ações muito específicas de atenção para alguns trabalhadores rurais e uma situação igual deve ter-se apresentado em outras regiões do continente. Como parte da implementação de modelos de atenção médico-social de certas indústrias e empresas, destaca-se o caso do *Ferrocarril de Antioquia* que prestava atenção em

Pode-se pensar que todos têm razão. Houve, em vários países, uma participação ativa da burguesia industrial na formulação das políticas sociais, mais isto não teria acontecido sem a ressonância das reivindicações operárias. Mais que simples imitação, houve uma sorte de “paritarismo” reformador, suscitado pelas condições sociais e políticas da época e pela sutil inspiração de outros países, ou por pressão de organismos internacionais, como foram os casos da Organização Internacional do Trabalho e a Conferência Pan-Americana nos anos 1920.<sup>162</sup> Finalmente, não se pode esquecer que, em países amplamente católicos como a Colômbia, houve ressonância dos pensadores cristãos do século XIX e, de modo geral, da doutrina social da igreja ou do cristianismo social de Leão XIII<sup>163</sup>.

Em relação às consequências da lei sobre acidentes, está claro que a transição da culpa à noção do risco significou o rompimento definitivo com a ideia de fatalidade, infortúnio e o que teria de metafísico, imprevisível ou natural. Ponderar o risco de acidente significou estimar, comunicar e administrar cadeias causais que iam da pobreza até os fatores hereditários, fisiológicos e psicológicos, passando pelas doenças sociais. Como afirmou Enrique Rajchenberg, “muitas fatalidades juntas não são iguais à somatória de acasos individuais”.<sup>164</sup>

Ao fazer de episódios individuais problemas coletivos, o acidente tornou-se “conceito e princípio de objetivação”.<sup>165</sup> Como artifício conceitual, definiu um conjunto de acontecimentos prováveis vinculados

saúde aos trabalhadores agrícolas (RESTREPO, Libia. **La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia**. Medellín: La carreta, 2004). Também sabe-se que algumas fazendas cafeeiras como *La Suiza* de César Piedrahita e *El Corcovado* de Francisco Navech em Antioquia (Colômbia), disponham de médicos e campanhas contra a ancilostomíase (CALLE, Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis, p. 83). Em qualquer caso, estas eram exceções pois o mais comum foi a negação de médico ou formas de proteção social para os camponeses.

<sup>162</sup> Sobre paritarismo, ver: BUZZI; DEVINCK; ROSENTAL, **La santé au travail, 1880-2006**, op. cit., p. 29.

<sup>163</sup> AVELLA GÓMEZ, Mauricio. **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**. Bogotá: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2012.

<sup>164</sup> RAJCHENBERG, De la desgracia al accidente de trabajo, op. cit., p. 97.

<sup>165</sup> EWALD, François. **L’Etat Providence**. Paris: Bernard Grasset, 1986, p. 336.

ao mundo laboral. Uma série de fatos que, ainda que “imprevistos e repentinos”, eram passíveis de ser estudados cientificamente. A prevenção do acidente se inseria, então, a meio caminho entre o conhecimento das probabilidades estatísticas e a intervenção médica no âmbito das liberdades individuais.

A lógica do risco profissional capitalizou paulatinamente o corpo do trabalhador, e por essa via, se produziu a legitimação e a acomodação da figura do especialista em medicina legal; enquanto principal avaliador do risco, da capacidade e da incapacidade do indivíduo, o especialista do trabalho concentrou sua atividade na perícia, na assistência médica e, em menor medida, na reabilitação dos trabalhadores acidentados<sup>166</sup>.

George Duhamel afirma que a lei sobre os acidentes de trabalho colaborou para que a “indústria bastarda” das companhias de seguros rompesse o “colóquio” entre doente e médico. Assim, com a aparição desse “terceiro que paga” no cenário social e médico, os métodos aritméticos começaram a ser aplicados a fenômenos incomensuráveis. Ao sofrimento do doente e às fadigas do médico foi imposta a tarifa de um sistema forçosa e puramente extensivo.<sup>167</sup>

Cabe anotar que as críticas de Duhamel ao “terceiro que paga” não questionavam o sistema no que tinha de injusto ou perverso para o trabalhador. Fazia a defesa do grêmio médico perante o que considerava a burocratização e a estatização da prática médica, ou seja, defendia a independência dos médicos nos campos profissional e econômico. Em todo caso, a crítica ao processo de acomodação e cooptação dos médicos é muito interessante, pois no fundo, as questões eram: como se pode configurar uma espécie de deontologia do trabalho médico-legal em casos de acidentes de trabalho, quando as exigências e intervenções desse terceiro que paga são determinantes? O quanto os modelos matemáticos e os artifícios procedimentais acomodam a resposta médica a banais interesses econômicos?

Díspar e limitada em muitos países, por beneplácito da burguesia ou por pressão dos movimentos operários, o fato é que a lei sobre acidentes de trabalho teve profundas consequências políticas. Não só inaugurou a ruptura do direito trabalhista com o “velho tirano, o direito

---

<sup>166</sup> MENÉNDEZ NAVARRO, Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales, 1900-1975, p. 177.

<sup>167</sup> DUHAMEL; RESTREPO, Los excesos del Estadismo y la responsabilidad médica, op. cit., p. 80.



civil”<sup>168</sup>, mas também, na maioria dos casos, antecipou outras leis que determinaram obrigações sociais e responsabilidades jurídicas ao conjunto social. Em resumo, ao desnaturalizar o infortúnio, a lei possibilitou que os trabalhadores reivindicassem dos patrões assistência médica e compensação econômica em razão do risco e da injustiça. Em consequência, esperava-se que crescesse a preocupação pelas condições de higiene e os perigos do trabalho.

Os historiadores têm se debruçado sobre a aplicação efetiva da lei, observando os inúmeros mecanismos patronais para isenção da culpa ou atenuação de responsabilidades. Neste ponto, é ainda mais delicado estabelecer um consenso, pois abundam as estratégias de sua aplicação. Uma das mais comuns, em vários países, era utilizar os serviços públicos de saúde para cumprir a disposição de assistência médica e farmacêutica, até o restabelecimento da saúde do trabalhador. Outra prática comum era atribuir o acidente a doenças sociais: costumes, comportamento indecente, desobediência, imprudência ou descuido. Ambas as práticas cediam ao problema maior da inoperância da lei, por falta de organismos e instituições que a fizessem cumprir.

Com respeito à culpabilidade do trabalhador, com o auge da racionalização científica do trabalho, em torno aos anos 1930, o fator humano da produção começou a ser visto como alvo das ações dirigidas ao aumento do rendimento e da conservação da saúde dos trabalhadores, mediante controle de erros ou predisposições físicas e psíquicas ao acidente. A longo prazo, esta preocupação se fez visível nas discussões sobre constituição, seleção, orientação e reeducação funcional do trabalhador. Uma espécie de eugenia laboral quase inexistente na Colômbia, e com força nos países europeus, na Argentina e no Brasil.<sup>169</sup>

Mas esta preocupação com o fator humano corresponde à segunda época da legislação trabalhista, na qual a lógica preventiva já era central. Num primeiro momento, observa-se com nitidez que a prevenção foi secundária, e a política foi fundamentalmente assistencial e compensatória. A explicação possível é que o esquema de seguros de vida produziu um efeito contrário à prevenção, na medida em que

---

<sup>168</sup> GOFF, Jacques Le. **Du silence à la parole. Droit du travail, société, État (1830-1989)**. Quimper, : Calligrammes, 1989, p. 74.

<sup>169</sup> FERLA, O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 30; BUZZI; DEVINCK; ROSENTAL, **La santé au travail, 1880-2006**; HAIDAR, Victoria, “Todo hombre en su justo lugar”: la “solución” biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955). **Salud colectiva**. v. 7, n. 3, p. 317–332, 2011.

desobrigava o patrão da responsabilidade sobre o custo do infortúnio. No sistema de responsabilidade individual que transpassava as companhias de seguros, o peso econômico da indenização, assim como a distância entre patrões e operários se agudizaram e deslocaram o conflito de classes. Assim como a figura do capataz na indústria atenuava a culpa do patrão, as seguradoras ajudaram na reconfiguração do paternalismo industrial do século XX e na redução dos atritos entre patrões e operários.

A historiografia colombiana não tem problematizado as dimensões jurídica, médica, política e social dos acidentes de trabalho. Alguns estudos de caso avançam no conhecimento das formas de assistência médico social para os trabalhadores em diferentes setores industriais, bem como na maneira com a qual os médicos lidaram com doenças e acidentes de trabalho.<sup>170</sup>

Em uma perspectiva mais ampla, a historiografia sobre a saúde coletiva e a seguridade social coincide com a história social e política em dois aspectos. Primeiro, as leis trabalhistas eram um mecanismo da classe política para prevenir “o sentimento socialista” e o descontentamento da classe trabalhadora. Segundo, a Lei n. 57, de 1915, e as reformas posteriores, favoreceram um reduzido grupo de trabalhadores, agudizando o caráter paternalista e o modelo de assistência sem Estado.<sup>171</sup>

Em conclusão, está tudo por fazer em relação aos acidentes de trabalho na Colômbia. No entanto, considerando a riqueza desta temática, é preciso fazer algumas escolhas. Assim, a primeira parte deste capítulo problematiza a doutrina, a lei e a jurisprudência sobre os acidentes de trabalho. Baseado principalmente em teses de médicos e advogados se propõe que, além da conhecida crítica à pobre abrangência da lei, houve outros vazios jurídicos. Para dizer de outra forma, trata-se de visualizar as fragilidades da lei n. 57 de 1915, na maneira como foi

---

<sup>170</sup> RESTREPO, Líbia. **La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia**. Medellín: La carreta, 2004; GALLO, Óscar. **Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo 1865-1950**. Dissertação; mestrado em História. Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2010; LUNA-GARCÍA, Jairo Ernesto. **Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951**. Tese de História. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011.

<sup>171</sup> HERNÁNDEZ, Mario. **La salud fragmentada**. Bogotá: Universidad Nacional, 2002, p. 81.

definida por advogados e médicos. Mas de nenhuma forma se trata de observar com os elementos críticos do presente as fragilidades de uma lei do passado.

Na segunda parte, se analisa concretamente o discurso dos médicos sobre os acidentes de trabalho. Interessa problematizar a maneira como se configuraram uma espécie de deontologia e perícias médico-legais em torno de questões como as hérnias, por exemplo. Na terceira parte, se continua a problematização sobre o papel da medicina legal quanto ao problema da simulação.

Duas advertências antes de concluir esta introdução. Primeiro, não interessa discutir a quantidade de acidentes de trabalho que aconteceram na Colômbia entre 1915 e 1946. Está claro, para mim, que qualquer cifra aproximada pode ser aterradora. Em essência, o que interessa analisar são os debates jurídicos e médicos sobre os acidentes de trabalho. E por que priorizar esta questão? Ao menos para o caso colombiano, na primeira metade do século XX, advogados e médicos estão mais interessados em criar os instrumentos para avaliar o problema e não tanto para medi-lo. Ou seja, nessas décadas, a medicina do trabalho passou por uma fase fundamentalmente teórica.

## **2.1 Uma lei sobre acidentes de trabalho para as futuras gerações**

Num celebre discurso de 1904 sobre o socialismo de Estado, o político liberal general Rafael Uribe Uribe destacava a necessidade da intervenção estatal para regulamentar o regime do trabalho, além da importância de se legislar sobre acidentes de trabalho. Considerava que, quando por “descuido do empresário, afunda o socavão de uma mina e esmaga ou asfixia os operários”, o Estado não podia mirar o sinistro com indiferença. Acreditava também que, em cafezais, trapiches ou engenhos, a lei devesse mandar os patrões ministrarem assistência médica aos peões e melhorar seus alojamentos. Em conclusão, Uribe perguntava se não era uma “anomalia” que os heróis do trabalho e suas famílias fossem abandonados quando “caíam vítimas dos acidentes naturais ou doenças conseguintes”<sup>172</sup>. Posteriormente, na popular

---

<sup>172</sup> URIBE, Rafael Uribe. **Escritos políticos**. Medellín: El Ancora Editores, 1984, p. 127.

conferência *Problemas Nacionales*<sup>173</sup>, ele reiterou a necessidade de o Estado legislar para melhorar as condições de vida dos trabalhadores. Estes discursos, assim como o fato (mítico ou real) de levar consigo o projeto de lei sobre acidentes de trabalho no dia em que foi assassinado na entrada do Capitólio Nacional, em 1914, forneceram a base sobre a qual se construiu a figura do principal reformador social do país.

A importância política do general é inegável. Entretanto, é exagerado colocá-lo como único agente da primeira legislação do trabalho na Colômbia. Na Europa, já se indenizava o dano produzido pelos acidentes. Isto era conhecido por ele, mas também por outros políticos colombianos. A necessidade de leis sociais era tema de debate em alguns círculos liberais. Assim, no jornal *La Organización*, de Alejandro López e Manuel J. Soto, se aludia à campanha de proteção aos operários iniciada por vários liberais da cidade de Medellín, embora “prejuízos, ressábios e injustiças” fizessem com que a ideia avançasse com bastante lentidão<sup>174</sup>. No mesmo artigo, os redatores destacavam o papel das sociedades estrangeiras e dos indivíduos de outras nacionalidades naturalizados como apoiadores da cruzada de equidade e humanitarismo. Finalmente, concluía que empresas nacionais como a Ferrocarril de Antioquia e a Empresa Minera El Zancudo tinham cumprido as normas e os estatutos internos cada vez que seus operários foram vítimas de um acidente<sup>175</sup>.

Todavia, mais que iniciativa de um reduzido grupo de liberais avançados, a questão foi motivo de discussão na academia igualmente. Em 1911, foram concluídas as teses *Indemnizaciones por accidentes de*

---

<sup>173</sup> URIBE URIBE, Rafael. **Los problemas nacionales**, Bogotá: Imprenta Eléctrica, 1910.

<sup>174</sup> LÓPEZ, Alejandro; SOTO, Manuel J. Accidentes de trabajo. **La Organización**. 871. ed. p. 1, 1912.

<sup>175</sup> Desde fins do século XIX estas empresas tinham criado serviços médicos, que foram evoluindo para departamentos sanitários, com esquemas mais ou menos completos de assistência médica para os trabalhadores. Entre um paternalismo industrial e a nascente prática de racionalização econômica da saúde, o modelo era precário, pois não permitia compromissos de longo prazo como, por exemplo, as pensões por invalidez. Ver: RESTREPO, **La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia**, op. cit.; GALLO, Óscar. Modelos de assistência médico-social para os trabalhadores na Colômbia; o caso da Empresa Minera el Zancudo, 1865-1948. **Ciências Humanas e Sociais em Revista**. v. 34, n. 2, p. 122–135, 2012.

*trabajo*, do advogado Rafael Abello Salcedo, e *Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal*, do médico Benjamim Bernal. A primeira teve na banca examinadora os futuros presidentes José Vicente Concha e Enrique Olaya Herrera, sendo que o advogado Francisco Montaña foi o orientador da tese. A segunda foi examinada por reconhecidos médicos, como Juan David Herrera, Luis Zea Uribe e Miguel Rueda A. O orientador foi o médico Eliseo Montaña, irmão do advogado Francisco Montaña.

Abello propunha uma lei baseada fundamentalmente no projeto da Comissão de Reformas Sociais da Espanha. Bernal apontava uma espécie de deontologia médico-legal em casos de acidentes de trabalho, considerando que, na época, o Congresso estudava um projeto de lei sobre o tema que, se esperava, passaria sem travas todos os debates parlamentares. O projeto não foi aprovado como imaginava Abello, e foi necessário esperar até 1915, quando Luis de Greiff Obregón, Nemésio Camacho e Manuel J. Soto impulsionaram novamente o projeto de lei sobre acidentes de trabalho.

As opiniões acerca da inspiração desse projeto estão divididas. Há quem afirme que se inspirava no regulamento e na prática médico social das mencionadas empresas de ferrovias e mineração<sup>176</sup>, o que parece lógico, pela proximidade de Greiff e Soto do círculo liberal de *La Organización*. Para outros, o projeto tinha sido redigido pelo próprio Uribe Uribe e, por isto, era promovido com elogios ao general assassinado no ano anterior<sup>177</sup>, ideia mais próxima da tão problemática figura do precursor, mas sem sustentação empírica.

Em termos doutrinários, a lei sobre acidentes de trabalho se inspirou, na Colômbia como em outros lugares do mundo, nos princípios do risco profissional e do risco de autoridade.<sup>178</sup> Na teoria do risco, se partia do pressuposto que o patrão tomava as precauções ao colocar uma máquina em funcionamento, portanto, ele não era culpabilizável da maneira que exigia o direito civil, estando isento de

---

<sup>176</sup> VILLEGAS GÓMEZ, Hernán Darío. **La formación social del proletariado antioqueño, 1880-1930**. Medellín: Concejo de Medellín, 1990, p. 194; MAYOR MORA, *Técnica y utopía*, op. cit., p. 142.

<sup>177</sup> HERNÁNDEZ, Mario. **La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica, 1880-1950**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, 2004, p. 110.

<sup>178</sup> BRADFORD HERRERA, Daniel. **Los accidentes de trabajo en la doctrina y en la ley**. Tesis para optar al grado de doctor en Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1944.

responsabilidade civil pelos acidentes que eventualmente acontecessem. Mas era responsável pela reparação ao trabalhador, pois, em benefício próprio, criava um organismo cujo funcionamento poderia causar (e causa, na realidade) prejuízos. Assim como o empresário era responsável pelos riscos de perdas, deterioração e prejuízos na matéria-prima, maquinaria, edifícios e instrumentos, era também responsável pelos riscos de danos corporais que sofresse o trabalhador por causa dos serviços que prestasse à empresa. Aquele que criou um risco deveria ser responsável por todas as consequências, e, comprovada a causalidade objetiva entre o trabalho da vítima e o prejuízo, era supérfluo provar-se a culpa.

A teoria de risco de autoridade procurava eliminar os obstáculos para que a vítima de um acidente obtivesse uma rápida reparação. Estabelecia a responsabilidade pelas coisas que se tinha sob o cuidado, assim, qualquer acidente que fosse precedido por um contrato de trabalho era responsabilidade do patrão. Caberia a ele provar que não houve culpa ou que não existiu a relação de causalidade. Nesse sentido, se invertia o peso da prova, e o trabalhador era dispensado de provar de quem era a culpa do patrão e a causalidade subjetiva e objetiva entre culpa, dano e prejuízo.

Em torno dos anos 1940, como complemento à teoria do risco profissional, surgiu a teoria do risco social, determinando que todos os riscos deveriam ser cobertos por uma instituição especial criada e sustentada com fundos especiais subministrados por empresas, Estado e trabalhadores<sup>179</sup>. Baseava-se na ideia de que “o trabalhador não trabalha apenas para a empresa, mas também fornece uma positiva contribuição à sociedade com seu esforço, melhorando a economia nacional”<sup>180</sup>. Justamente o trânsito dos seguros de acidentes, a previdência social se enquadrava nessas duas teorias. No primeiro caso, o único responsável era o patrão, considerado o único beneficiado; no segundo, era a

---

<sup>179</sup> GÁRCES SINISTERRA, Leonardo María. **Resumen de la evolución del concepto de responsabilidad patronal en los accidentes de trabajo**. Tesis de grado para obtener el título de doctor en Ciencias Jurídicas y Económicas, Universidad Javeriana, Bogotá, 1951, p. 50.

<sup>180</sup> MORALES BENÍTEZ, Otto. **Seguridad social integral**. Bogotá: República de Colombia, Ministerio del Trabajo, 1960; MIRANDA, Néstor *et al.* **Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo VIII, 2, medicina. la institucionalización de la medicina en Colombia**. Santafe de Bogotá: Colciencias. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, 1993, p. 238–239.

sociedade que compartilhava os benefícios do progresso, portanto, se propunha uma poupança coletiva e solidária.

Nessa perspectiva, a passagem ao modelo da poupança solidária significava a crise do modelo paternalista e assistencial, de corte liberal, baseado em compensações, atenção e indenizações, responsabilidade exclusiva do patrão. Não há como analisar a dimensão dessa mudança, mas a gestão do risco no contexto da previdência social significou o compartilhamento do risco e da culpa. Em outras palavras, o que era uma questão individual se transformou em questão coletiva.

No modelo de risco profissional das primeiras décadas do século XX, a responsabilidade era do patrão, portanto, o Estado deveria vigiar unicamente o cumprimento das normas, sem qualquer intervenção. O modelo posterior apontava a divisão da responsabilidade, sendo que todos deveriam contribuir para a segurança e o fortalecimento social.

Antes analisar a lei n. 57 de 1915, é preciso destacar que ela teve vigência, praticamente sem modificações, até os anos 1950. Apesar dos vários intentos de reforma, entre os quais se destaca o projeto de Código do Trabalho elaborado pelo Escritório Nacional do Trabalho (1928), não houve grandes modificações, até a lei n. 6 de 1945. Esta definiu o acidente de trabalho como

toda lesão orgânica ou perturbação funcional que afete o trabalhador de forma transitória, permanente ou definitiva, motivada por um fato imprevisto e repentino, que sobrevenha por causa ou em ocasião do trabalho, sempre que a lesão ou perturbação não seja provocada deliberadamente, por falta grave ou intencional da vítima<sup>181</sup>.

Posteriormente, o artigo 199 do Código Substantivo do Trabalho (1950), recuperou praticamente toda a definição de 1915: “todo fato imprevisto e repentino que sobrevenha por causa ou em ocasião do trabalho, e que produza no trabalhador uma lesão orgânica ou perturbação funcional permanente ou temporária, e que não tenha sido provocada deliberadamente ou por culpa grave da vítima.”<sup>182</sup>.

---

<sup>181</sup> MENESES FRANCO, Efraim. **Enfermedades y accidentes de trabajo**. Tesis de Derecho, Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, Bogotá, 1949, p. 55–56.

<sup>182</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. **Código sustantivo del trabajo y Código procesal del trabajo**. Bogotá: Editorial Voluntad, 1964.

Para se ter uma ideia da permanência da primeira lei social do país, podem ser destacadas as reformas nos seus primeiros trinta anos de vigência. A lei n. 37 de 1921 estabeleceu os seguros coletivos obrigatórios para as empresas com capital superior a mil pesos. No ano seguinte, a Lei n. 32 autorizou nação, departamentos e municípios a funcionar como seguradores de seus próprios trabalhadores; por outro lado, redefiniu o operário como aquele cujo salário não excedesse três pesos (\$3) *diários* (lembre-se que o peso equivale aproximadamente a um dólar). A lei n. 133 de 1931 determinou, no artigo 8 (modificando o artigo 6 da lei n. 57), que as incapacidades permanentes parciais deviam ter indenização de, no mínimo, dois meses de salário e, no máximo um ano; as permanentes totais passaram de um ano a dois anos de indenização. A mesma lei, em seu artigo 9, aboliu o critério de exclusão por salário e a diferenciação entre empregados e operários. A lei n. 129 de 1931 ratificou os convênios da Organização Internacional do Trabalho entre 1919 e 1931 e, entre outros importantes aspectos, adotou as doenças profissionais incluídas no Convênio da OIT 018 de 1925. Esta lei será analisada no próximo capítulo. O artigo 4 da lei n. 165, de 1941, elevou a prescrição do processo de um para quatro anos.

Em síntese, em termos de leis sobre a saúde dos trabalhadores, as respostas foram tímidas e desarticuladas. Tanto nos governos conservadores de 1910 e 1920, quanto nos governos liberais de 1930 a 1946. Não diretamente relacionada com questões de saúde, sobressaiu a lei n. 83 de 1931, que legalizou os sindicatos, embora com algumas restrições quanto às greves do setor público. Destacou-se também a reforma constitucional de 1936, segundo a qual o trabalho passou a ser uma obrigação social, que desfrutava de especial proteção por parte do Estado. A lei n. 6 de 1945 encerrava o ciclo, importante por ter unido várias disposições sobre convenções de trabalho, associações profissionais, conflitos coletivos e jurisdição especial do trabalho.

### **O que falou o legislador e o que se esqueceu de dizer?**

A lei n. 57 de 1915 definiu o acidente de trabalho como “um fato imprevisto e repentino, sobrevindo por causa e em ocasião do trabalho, e que produz no organismo de quem o executa por conta alheia uma lesão



ou perturbação funcional, permanente ou temporária, tudo sem culpa do operário”.<sup>183</sup>

De acordo com esta definição, para que o patrão fosse responsável pela reparação dos acidentes que atingissem seus operários, era preciso que, por causa e em ocasião do trabalho, o fato imprevisível e repentino produzisse uma lesão ou perturbação funcional. Ademais, era necessário que o operário não tivesse culpa.

Observadores, como Emilio Robledo, consideravam que, apesar de o legislador colombiano ter utilizado a conjunção aditiva *e* na expressão “por causa *e* em ocasião do trabalho”, não era necessário que o acidente reunisse dois requisitos distintos. Bastava haver a causa eficiente ou ocasional, estar no lugar de trabalho ou estar trabalhando, não ambas as coisas. Robledo baseava sua opinião nas jurisprudências francesa e espanhola, nas quais o uso da conjunção alternativa *ou* levava a considerar importante apenas o acidente que tivesse acontecido em ocasião do trabalho. Esta visão, mais de acordo com o espírito social da lei, era compatível, na opinião do advogado colombiano, com o que propunha o legislador.

Entretanto, Júlio César Silva opinava que, precisamente um dos defeitos da lei sobre acidentes do trabalho de 1915, era obrigar a demonstrar que o acidente ocorrera por causa do trabalho e, além disso, sobrevindo na ocasião do trabalho. Para ele, se tratava de uma “prova impossível, absurda e cruel [...], a negação mesma do direito concebido pelo legislador”. E concluía: “Tanto valia não ter o direito como não poder demonstrá-lo”.<sup>184</sup> Em seu parecer, Silva estava certo, por isso, na primeira reforma trabalhista, em 1945 (lei n. 6), substituiu-se *e* por *ou*.

Assim, uma intencionada conjunção *e*, por pouco não tornou inócua a lei sobre acidentes de trabalho. O vazio foi remediado, na prática, pelo Departamento Nacional do Trabalho (DNT), que, considerando o duplo requisito contrário ao espírito social da lei, determinou que a ocasião era suficiente, portanto era considerado acidente de trabalho sempre que a vítima realizasse qualquer atividade no local de trabalho. A jurisprudência foi tímida e se manifestou

---

<sup>183</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 57 de 1915 sobre reparaciones por accidente de trabajo, **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. II, n. 15-16, p. 749-755, 1931.

<sup>184</sup> SILVA, Julio César. **Aspectos del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana**. Tesis para optar al título de doctor en Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1945, p. 11-12.

contrária ao reconhecimento dos fatos imprevistos e repentinos sobrevindos no trajeto entre a casa e o trabalho<sup>185</sup>, tal como se tinha disposto em outros países, como a Argentina.

Que se tratasse de fato “imprevisto e repentino” é ainda mais interessante. A noção de acidente, em linguagem cotidiana, envolvia sempre a ideia de acaso. Na lógica da lei sobre acidentes, ser necessariamente imprevisível não impediria um conhecimento antecipado, mais ou menos perfeito, das possibilidades. O mineiro preveria que a rocha se precipitaria. O mesmo aconteceria com o policial que recebesse um disparo na perseguição a bandidos, pois isso estaria previsto.

A hermenêutica jurídica acerca da lei sobre acidentes considerava que a ideia de acaso devia ser relativa, nunca absoluta, pois tinha apenas a função de mostrar que o acidente ocorrera sem interferência voluntária do operário ou patrão. Obviamente, existiam acontecimentos anormais e inevitáveis, espécies de “acaso absoluto”, sob todos os pontos de vista, que eram tidos também como acidentes de trabalho. Da somatória desses acidentes fortuitos e desses acasos absolutos surgia o que se chamou risco profissional.<sup>186</sup>

Um exemplo, várias vezes usado na época, argumentava que envelhecer era um fato indefectível, mas que ser pobre era um risco. Por extensão, o risco profissional era o conjunto das eventualidades de um dano, ao qual estavam expostos os que exerciam determinada profissão. Num avião, os passageiros estavam submetidos a riscos, já o piloto, corria um risco profissional, porque seu ofício exigia que ele estivesse permanentemente viajando.

A ideia de fortuito associada à noção de risco profissional também funcionava como divisor de águas entre os acontecimentos imprevisíveis, externos, bruscos, violentos ou de causalidade concentrada, que amiúde tipificavam os acidentes de trabalho; e os acontecimentos considerados riscos normais, mais ou menos previsíveis, temporalmente imprecisos ou de causalidade diluída, como eram as doenças profissionais. Em termos clínicos, não havia grande diferença, porque ao final, eram duas modalidades de estado mórbido. Em termos

---

<sup>185</sup> ABELLO NOGUERA, Osvaldo. **Accidentes del trabajo, vacíos de la legislación y la seguridad social**. Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Javeriana, Bogotá, 1948, p. 21.

<sup>186</sup> VILLA, Gabriel Jaime. **La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo**. Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1942, p. 8.

éticos e sociais, a separação entre acidentes e doenças era desnecessária, pois ambos os estados patológicos deveriam ser indenizados. Em termos práticos, era essencial, porque a legislação colombiana não reconhecia qualquer indenização para as doenças profissionais.

Por outro lado, esse caráter fortuito inerente ao risco profissional importava, porque quando o acidente se produzia por interferência voluntária do patrão, entrava-se no campo do direito penal. O patrão que sabia sobre o risco iminente de a rocha cair ou a máquina explodir e nada fazia cometia uma dupla infração, portanto, o operário estava no direito de interpor uma ação judicial, sem prejuízo de seus direitos em matéria laboral, pois as leis especiais não excluem a aplicação do direito comum. Em outras palavras, era culpável por descuido ou negligência o patrão que, consciente do estado da maquinaria ou do funcionamento atípico de uma máquina, omitisse qualquer ação que evitasse o acidente; era igualmente culpável todo aquele que, conhecendo um perigo comprovado ou efeito danoso de um trabalho omitia ou permitia que os trabalhadores continuassem o trabalho, por confiança ou imprudência. Nesse sentido, a falta do patrão podia ser classificada como intencional, inexcusável e culposa, como sugeriam alguns a partir da jurisprudência francesa<sup>187</sup>.

É claro que o mesmo acontecia quando o operário estava consciente ou era negligente diante do perigo. A questão era quem determinava ou separava a consciência da culpabilidade. Para Silva, a bondade ilusória da lei sobre acidentes de trabalho se expressou precisamente nas noções de “culpa” e de “força maior estranha ao trabalho”. Com efeito, o patrão era responsável pela reparação ao operário, a menos que o acidente tivesse sido por culpa deste, por força maior estranha ao trabalho, imprudência, descuido, arrojo desnecessário, embriaguez, ataque súbito de doença que privasse das faculdades mentais ou forças físicas, quebra dos regulamentos da empresa ou violação das ordens expressas dos superiores. Para piorar as coisas, o

---

<sup>187</sup> Este filão tem sido aproveitado por vários historiadores para denunciar setores industriais na França e nos Estados Unidos. OMNÈS, De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention: la construction d'un risque acceptable; ROSNER, David; MARKOWITZ, Gerald, L'histoire au prétoire. Deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales. **Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine**. v. 56, p. 227–253, 2009.

artigo 3 reiterava que a culpa era, em geral, “todo ato ou omissão que produza consequências infortunadas”<sup>188</sup>.

Assim, os operários eram culpabilizados por não prestar atenção ao mal estado de um andaime, por exemplo. Já as fraturas podiam ser atribuídas a debilidades ósseas congênitas ou predisposições. Na mesma linha de raciocínio, epilepsia, congestões cerebrais, síncope cardíacas eram argumentos aproveitados em detrimento dos direitos operários. Ou seja, podiam ser culpabilizados absurdamente pela queda do teto da fábrica depois do golpe do martelo, passando por sofisticados argumentos médicos até provas estatísticas e psicofisiológica, nas quais se comprovava que unicamente 243 acidentes, de 6725 foram produzidos por terceiros, ou seja, em 6482 casos, os patrões puderam provar que a vítima tivera culpa pelo acidente<sup>189</sup>.

Frente à culpabilização permanente do operário, Silva observa com ironia que, se a lei conseguiu ter alguma aplicação saudável, foi por “obra e graça da inspiração de novas ideias que chegavam a tropel até a mente dos juízes e, por acaso, ao coração de alguns empresários”.<sup>190</sup> Mas, “a sensibilidade social, lamentavelmente, não era erva silvestre na Colômbia”. Segundo o mesmo autor, em muitas províncias, “o trabalhador não tinha chegado à categoria de pessoa [...]”<sup>191</sup>, entre outras razões porque “nossos juízes partiam da classe média, a classe dos prejuízos, a incondicional e gratuita defensora do capital alheio, a dos fingidos sentimentos e das posturas cômicas”<sup>192</sup>.

Através dos artifícios para supressão de responsabilidades usados pelos patrões, é possível perceber uma presença cada vez maior do discurso médico-legal. A função social da retórica médica é paralela à relevância que adquire o discurso médico no âmbito legal. Desse modo, a perícia médico-legal, que antes apenas informava juízes, adquiriu um papel de prova plena; a ciência do direito passou a depender da ajuda do médico para o esclarecimento dos problemas legais. Pois apesar de o juiz sancionar, “o médico é o que indica o sentido da sentença. [...] Ao

<sup>188</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 57 de 1915..., op. cit.

<sup>189</sup> LLERAS, Roberto. **Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial**. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1946, p. 65.

<sup>190</sup> SILVA, **Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional**..., op. cit., p. 15.

<sup>191</sup> Ibid., p. 16.

<sup>192</sup> Ibid.

médico corresponde comprovar a existência da lesão e fixar a diminuição da capacidade operária, aplicando a tabela e seus conhecimentos científicos, ou somente estes”.<sup>193</sup>

Esse processo de medicalização do direito não esteve livre de discussões acerca da legitimidade dos campos de saber e das fronteiras e funções das disciplinas. Silva é claro, nesse sentido, quando afirma que aquilo que é verdade para as ciências médicas pode não ser para as jurídicas. Pense-se no caso de uma hérnia: o fator congênito explicaria a aparição da doença, e para o juiz, a força excessiva na execução do trabalho determinaria a aparição do acidente. A ação civil se contentaria com uma “verdade artificial” sobre a qual acordassem as partes. A ação penal, ao contrário, procuraria a “verdade real”, material e essencial. Assim, por uma espécie de hábito profissional, o médico-legista buscaria a verdade na ação civil instaurada pelo operário, quando deveria interessá-lo o critério de justiça social a presidir qualquer hermenêutica das leis protetoras da classe operária.

O terreno em que as divergências entre advogados e médicos se expressaram com maior intensidade foi a classificação das incapacidades e o tipo de indenização correlata. O artigo 5 dividia as consequências do acidente em incapacidade temporária (IT), incapacidade permanente parcial (IPP), incapacidade permanente total (IPT) e morte, ao passo que o artigo 6 estabelecia as respectivas indenizações para cada um dos tipos de incapacidade. Nos casos de IT, eram pagos, durante o tempo de incapacidade, os serviços de assistência médica e 2/3 do jornal que o trabalhador ganhava ao tempo do acidente. Na IPP, a assistência cobria o jornal inteiro, no mínimo, por 90 dias e, no máximo, 140 dias. No IPT, a assistência alcançava o valor do salário correspondente a um ano, considerando-se o salário semanal que o trabalhador ganhava ao tempo do acidente. Em caso de morte, se pagava o jornal inteiro de um ano aos herdeiros, sendo estes, viúva (indenização completa), viúva e filhos legítimos em partes iguais; se a viúva tivesse se casado novamente, a assistência corresponderia aos filhos unicamente; sem viúva nem filhos, o valor era repassado aos ascendentes, em iguais partes; na ausência destes, ia para seus filhos naturais, e na ausência destes, para os pais naturais ou para aqueles que tivessem a qualidade de tal. Acrescentou-se, ainda, que o patrão poderia empregar quaisquer dos beneficiários no mesmo ofício e com o mesmo jornal “pelo termo de tempo expressado”, caso em que o patrão “ficará

---

<sup>193</sup> Ibid., p. 28.

perdoado da indenização”<sup>194</sup>. Mas se o salário fosse menor, o patrão era obrigado somente a pagar o valor integral aos mencionados herdeiros.

Para minorar a dúvida ou facilitar ao médico perito a avaliação, em 1935, o DNT resolveu regulamentar as indenizações e classificar as incapacidades criando um padrão de avaliação de onze grupos de acidentes de trabalho. Teve validade até o dia 13 de março de 1946, quando foi introduzida a Tabela de Avaliação de Incapacidade do Trabalho, que teve vigência até 1950, quando foi promulgado o Código do Trabalho.

A principal crítica que se fazia era que a tabela, elaborada pela Academia Nacional de Medicina, não estava baseada em nenhum critério epidemiológico, não tinha correlação com as necessidades da indústria, e as doenças não tinham sido verificadas no âmbito nacional. Em síntese, os acadêmicos haviam privilegiado a dimensão clínica em vez da dimensão laboral, elaborando uma tabela sem consultar especialistas e “copiando códigos antiquados de outros países”.<sup>195</sup>

Nos comentários acerca da tabela de avaliação aparecem as divergências médicas quanto ao que deveria ser considerado acidente de trabalho ou doença profissional. Também se percebem os interesses de alguns médicos em legitimar o novo campo da medicina do trabalho, em detrimento da Academia Nacional de Medicina e do Instituto Nacional de Medicina Legal. Mais claramente, o que pretendiam os médicos do trabalho era limitar os laudos de acidentes de trabalho e doenças profissionais a médicos especialistas ou médicos da Direção Nacional de Medicina e Higiene Industrial (DNMHI).<sup>196</sup> Buscava-se defender, assim, uma especialidade para as questões relacionadas com o mundo do trabalho.

Voltando à tabela de avaliação, esta servia para relacionar as diferentes lesões corporais produzidas por ocorrências imprevistas e repentinas, com uma porcentagem de um a cem. Ao menos em teoria, esta gradação devia dar conta da perda de capacidade de execução do trabalho, diminuição da capacidade de lucro ou potencial de consecução de trabalho. Na prática, no entanto, a tabela se mostrou muito limitada,

---

<sup>194</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 57 de 1915..., op. cit.

<sup>195</sup> ARANGO BARRENECHE, **Estudio sobre medicina industrial en Medellín**, op. cit., p. 112.

<sup>196</sup> QUINTERO SANABRIA, Tirso. **Anotaciones a medicina del trabajo**. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1949, p. 118.

pois concordava mais com a magnitude fisiológica da lesão ou a redução da capacidade muscular que com a variação na capacidade do trabalho.

Com efeito, avaliar a incapacidade para o trabalho era considerar, acima de tudo, a repercussão do acidente sobre o pecúlio do trabalhador. Qualquer diminuição devia ser calculada em relação a fatores como idade, sexo, profissão, coeficiente profissional, aptidão para ganhar seu salário e para ofício concreto. Por isso, as críticas de advogados e de médicos do trabalho às perícias dos médicos legistas foram muito frequentes.

Os especialistas consideravam que os legistas tinham a tendência a ver a lesão a partir de critérios biológicos<sup>197</sup>. A explicação provavelmente está na confusão entre “incapacidade para trabalhar” e “incapacidade profissional”. A primeira era um critério do Código Penal para impor a sanção por feridas, golpes e maus tratos. Avaliava tanto o tempo em que o trabalhador devia curar suas lesões e retomar seu trabalho, quanto a incapacidade, em geral, para qualquer tipo de trabalho físico ou intelectual.<sup>198</sup> Esta noção era absolutamente diferente do tipo de incapacidade profissional que interessava aos especialistas do trabalho.

Como exemplo das controvérsias entre os peritos, Bradford se opunha à visão de Guillermo Uribe Cualla, principal médico legista do país, para o qual uma cicatriz facial correspondia a uma invalidez parcial que não limitava o trabalho. Amparados na resolução do DNT, os especialistas em questões de trabalho consideravam que uma cicatriz no rosto, embora não significasse diminuição funcional, de força ou movimento, constituía uma diminuição na capacidade de simpatia ou agrado social. Isso se traduziria em diminuição da capacidade de trabalho, portanto, o operário poderia exigir uma indenização além da que tinha direito pelo acidente. Dessa maneira, se observa claramente

---

<sup>197</sup> O conflito terminou em 1944, quando a lei n. 77 de 1948 retirou do dos escritórios de medicina legal os assuntos do trabalho.

<sup>198</sup> URIBE CUALLA, Guillermo. **Medicina Legal**. Bogotá: Editorial Nueva, 1934, p. 152. A dificuldade para saber o que deveria ser incapacidade para trabalhar, na medicina legal, é tão importante, que mereceu várias teses. Ver: RUEDA HERRERA, Hernando. **Estudio médico-legal de las heridas. Su pronóstico y elementos para la evaluación de la incapacidad**. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Editorial Minerva, Bogotá, 1927.

que a noção de incapacidade de trabalho abrangia, segundo a autoridade do trabalho:

Um conjunto de fatores psicofísicos que culminam na atividade chamada força de trabalho [...] Considerar a capacidade operária, somente como a força muscular aplicável mediante a direção intelectual, seria uma especulação metafísica [...] A capacidade operaria deve interpretar-se como o conjunto de fatores que a integram, sem fazer caso omissa da apresentação fisionômica do sujeito ativo, que, embora não aumente a força muscular nem a direção intelectual que a complementa, mas sim faz a pessoa que a produz, mais ou menos apta para aplicar sua força de trabalho em sociedade<sup>199</sup>.

Na tabela, a incapacidade permanente total correspondia à diminuição de mais de 80% da capacidade do trabalho. Mas como refletia Silva, como era possível dizer que a perda de 70% e 50% não resultava em incapacidades permanentes totais? Ao final, que médico de fábrica recomendaria um operário com a capacidade de trabalho diminuída em 50%? Para o patrão, “esse homem era algo menos que inservível”<sup>200</sup>. Ainda por cima, as indenizações propostas eram ridiculamente irrisórias – à perda perpétua da produtividade, por exemplo, correspondia o valor do salário por dois anos. Nesse sentido, o autor ironizava: “a lei aceita que um homem lesionado pelo trabalho até a invalidez total somente tem direito a dois anos mais de subsistência”<sup>201</sup>.

A divergência sobre os critérios em torno dos acidentes de trabalho mostra a impossibilidade médica de capitalizar e objetivar processos dinâmicos como a doença, e mais ainda, de patologias inerentes ao mundo do trabalho, caracterizadas pelo polimorfismo e a multiplicidade de variáveis determinantes. Mesmo esforçando-se por controlar todas as variáveis da atividade pericial, os médicos do trabalho

---

<sup>199</sup> ARANGO SANÍN, Agustín. Medicina Legal y Social. Cicatrices de la cara por accidentes de trabajo. **Colombia Médica**. v. IV, n. 3, p. 86–88, 1944.

<sup>200</sup> SILVA, Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional..., op. cit., p. 34.

<sup>201</sup> Ibid., p. 69.



reconheciam que não existia precisão interpretativa sobre a incapacidade<sup>202</sup>. Numa frase, o delírio classificatório não foi coroado pelo êxito.

Na historiografia colombiana alusiva ao tema dos acidentes de trabalho<sup>203</sup>, as críticas à lei têm-se concentrado na definição salarial do operário, incluída no artigo 1 e nos artigos 10 e 11, relativos às empresas obrigadas ou dispensadas de pagar indenização. Desses trabalhos, se conclui que a lei não garantia os direitos sociais para a maioria dos trabalhadores, não propunha ações preventivas e fazia predominar um modelo assistencial e compensatório, praticamente sem aplicação<sup>204</sup>.

Quanto ao critério salarial, tinha o defeito de excluir por cima e não por baixo, como insinuam alguns historiadores. Concordava dessa maneira com o espírito social, paternalista ou assistencial que quiseram imprimir os legisladores, ao mesmo tempo que negava os direitos aos empregados, por considerar desnecessário incorporá-los ao nascente esquema de proteção social. Para se ter uma ideia, em 1929, a média de salário diário industrial do país era de \$1,21 (US\$1,2) pesos e de \$36,30 (US\$36) mensais<sup>205</sup>. Por isso, quando a Lei n. 32 de 1922 – que incorporou a n. 57 de 1915 e a n. 37 de 1921, sobre seguros de vida – ajustou o critério econômico a um salário de “três pesos *diários*” em lugar dos “seis pesos *semanais*”, pretendia ampliar ou, no mínimo, manter a cobertura da classe social que se considerava mais vulnerável. Para os defensores dessa medida, buscava-se evitar que as reparações por acidentes de trabalho atingissem empregados bem remunerados. Finalmente, a lei n. 133, de 1931, derogou o critério de exclusão por salário e a “injustificada diferenciação entre empregados e operários”, independentemente da remuneração total que desfrutassem.

---

<sup>202</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 195.

<sup>203</sup> Fundamentalmente, ver HERNÁNDEZ, **La salud fragmentada**, op. cit.; VILLEGAS GÓMEZ, **La formación social del proletariado antioqueño**, op. cit., p. 192–197.

<sup>204</sup> ARCHILA, **Ni amos, ni siervos** op. cit., p. 121. Coincidindo com outros pesquisadores, ver, por exemplo, ORTÚZAR, Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 – 1940, op. cit.

<sup>205</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Estadística. Promedios de los salarios industriales y agrícolas en la República según los datos que posee la Oficina General del Trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**. v. 1, n. 1, p. 40–41, 1929.

Outra forma de limitar os direitos de reparação era considerar responsáveis apenas as empresas cujos capitais superavam mil pesos. Abaixo deste valor, o legislador considerava que se interferia no livre desenvolvimento industrial do país. Assim, o artigo 10 definiu o tipo de indústrias obrigadas à reparação por acidentes de trabalho: iluminação pública, aquedutos, ferrovias e bondes, licores, fósforos, arquitetura e construção, mineração e pedreiras, navegação, indústrias com força mecânica, obras públicas nacionais. O artigo 11 complementa o anterior, determinando que os empresários, industriais ou capitalistas cujo capital não alcançasse mil pesos ouro (\$1.000) estavam dispensados de pagar indenizações, mas tinham obrigação de prestar assistência médica.

A lógica do legislador entendia que, com menos, dificilmente uma indústria poderia pagar as indenizações por acidentes de trabalho, fato que, na realidade, tinha certa lógica econômica, mas era profundamente chocante, já que, em termos democráticos, estabelecia singularidades e personalismos no acesso aos direitos sociais.

Não há dados acerca de quantas empresas estavam obrigadas a pagar compensações nem quantas eram isentas. Sabe-se que algumas das principais empresas do ramo têxtil tinham, em 1926, um capital superior a \$200.0000.<sup>206</sup> Três anos mais tarde, o ministério de indústria informava, após visita dos inspetores do trabalho, que 642 indústrias tinham um capital \$235.245.129,18, uma nômima mensal de \$2.459.664,75 e 68.324 trabalhadores<sup>207</sup>. Ou seja, deduz-se das cifras que, ao menos, 642 empresas do país eram responsáveis pelos acidentes dos trabalhadores ou estavam obrigadas a contratar um seguro de vida. Considerando que, desde as leis n. 37 de 1921 e n. 44 de 1929, todas as indústrias, agrícolas, de comércio ou de qualquer outra classe, cuja folha

---

<sup>206</sup> Rosellón, 200 teares, capital \$216.000; Fábricato, 150 teares, capital \$160.000; Coltejer, 140 teares, capital \$94.000; Caldas, 180 teares, capital \$200.000. MONTENEGRO, Santiago. **El arduo tránsito hacia la modernidad: historia de la industria textil colombiana durante la primera mitad del siglo XX**. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia, 2002, p. 141.

<sup>207</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Cuadro que manifiesta el estado de las industrias del país visitadas por los inspectores del trabajo en el año de 1929. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**. v. 1, n. 4, p. 279–280, 1930; REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929**. Bogotá: Tipografía romana, 1929, p. 170.

de pagamento superasse mil pesos, deviam contratar um seguro de vida equivalente ao salário dos operários ou soldo dos empregados durante um ano.

Em contraste com a quantidade de empresas que, aparentemente, tinham em média mais de \$360.000, em 1928, o ministro da indústria denunciava que unicamente 150 empresas estavam cumprindo com a obrigação de ter assegurados seus trabalhadores<sup>208</sup>. Dois anos depois, 89 empresas estavam cumprindo o requisito legal de fornecer seguros de vida para seus trabalhadores, 16 tinham assegurado seus empregados e operários em companhias de seguros, ao passo que, entre 1923 e 1930, 73 empresas criaram suas próprias seguradoras.

Cabe frisar que não se deve confundir a indenização por acidente e seguro de acidentes de caráter discricional com o seguro coletivo de vida obrigatório, que é uma previdência social, porém, as bases de cálculo de capital e salários são guia para ambos os casos. Finalmente, é preciso lembrar que, ao fim dos anos 1940, o sistema mudou, e a responsabilidade econômica sobre os acidentes ou a saúde dos trabalhadores passou a ser dividida entre o patrão, o trabalhador e o Estado, dando forma ao sistema de previdência social.

O terceiro critério de limitação ou exclusão da lei sobre acidentes de trabalho se dava, como já apontado, pelo tipo de indústria, sendo notoriamente deficiente e arbitrário (se limitando a iluminação pública, aquedutos, ferrovias e bondes, licores, fósforos, arquitetura e construção, mineração e pedreiras, navegação, indústrias com força mecânica, obras públicas nacionais). Para vários autores, o legislador de 1915 considerou necessário incorporar exclusivamente as empresas cujos meios mecânicos de produção eram vistos como perigosos para a saúde dos trabalhadores. Dessa maneira, os trabalhadores dos setores agrícola e pecuário foram excluídos até 1938, quando o DNT determinou que os trabalhadores das empresas agrícolas com produção mecânica tinham direito igualmente à reparação por acidentes de trabalho.

Limitado ao setor industrial, o sistema legal de acidentes de trabalho favoreceu uma porcentagem mínima da população economicamente ativa e manteve os agricultores desprotegidos, justamente o setor mais importante da economia nacional. De acordo com os cálculos da CEPAL, em 1925, a Colômbia contava com uma população de 6.724.000 habitantes, dos quais 2.505.000 eram

---

<sup>208</sup> HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, op. cit., p. 81.

economicamente ativos. Desses, 68,6% trabalhavam no setor agrícola, 1,6% na mineração, 3,4% na indústria fabril, 7,9% na artesanal, 1,8% na construção e 16,7% em comércio, finanças, empregos públicos, transporte, comunicação e energia.<sup>209</sup>

Para os operários industriais, a situação era mais difícil, pela ação simultânea das três regras de exclusão: o operário teria que trabalhar para alguma empresa dos setores enumerados; a empresa deveria superar o capital de mil pesos; o salário não deveria superar seis pesos. Todavia, no grupo de operários “privilegiados” existia o subgrupo dos igualmente desprotegidos pela negligência tranquila ou a resistência dilatória e sistemática dos patrões. As empresas visitadas pela inspeção do trabalho tinham 68.324 operários, o que representava cerca de 2% da população economicamente ativa do país e, aproximadamente, 8% da população economicamente ativa do setor industrial em sentido amplo. Acrescente-se a isso o baixo nível de compromisso com os seguros de vida, não ficando difícil imaginar a precariedade laboral de praticamente toda a classe operária.

Os artigos 8 e 9 determinavam as questões relativas à atenção médica. Assim, a obrigação mais imediata de todos os patrões era proporcionar ao operário lesionado os serviços médicos, cirúrgicos, farmacêuticos, de laboratório, hospitalar e alimentícios. O patrão, sem exceção ou demora, devia conduzir ao auxílio médico mais próximo e, depois, ao médico escolhido. A empresa era livre para contratar quem desejasse para a assistência médica, sempre que se tratasse de médicos graduados. Tinha, igualmente, plena liberdade de contratar para seus operários um seguro de qualquer sociedade devidamente constituída.

Com mais astúcia que resistência, para a assistência médica contemplada na norma, inclusive nos casos em que o operário tivesse culpa pelo acidente, como determinava o DNT, os patrões aproveitavam os hospitais de caridade para socorro e perícias. Fraturas, luxações, queimaduras, extração de corpos estranhos ocuparam o cotidiano dos médicos oficiais de diferentes regiões do país. Em alguns casos, se podia estabelecer um pacto econômico entre empresa e autoridades municipais, de maneira que os operários tivessem certos privilégios. Mais nem sempre tal acordo favorecia as frágeis instituições hospitalares da maioria das cidades da Colômbia. Por outro lado, este ato de autonomia patronal mantinha os serviços médicos nos limites do

---

<sup>209</sup> VEGA CANTOR, Renán. **Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras**. Bogotá: Ediciones Pensamiento Crítico, 2002, p. 352.

paternalismo. Os médicos, embora com duvidosas intenções, se manifestaram em favor do direito de escolha do trabalhador quanto a assistência médica e hospitalização.

Nesse horizonte da assistência médica houve um acerto. Por descuido, o legislador não colocou qualquer limite no que dizia respeito aos gastos que demandava esta prestação social. Nos outros aspectos, a imprevisão do legislador se explica unicamente pela confluência de interesses econômicos da classe política e da burguesia industrial. Bradford parece corroborar esta suspeita quando afirma que, se em termos doutrinários, os excluídos dos benefícios eram poucos, à luz da lei positiva, “o número de vítimas do trabalho privados do direito à reparação aumenta consideravelmente”<sup>210</sup>.

Para completar o panorama de falências, os artigos 12 a 16, relacionados fundamentalmente com questões procedimentais são contundentes. Segundo o artigo 12, os patrões deveriam avisar o juiz municipal, por escrito, sobre hora, lugar, causas, testemunhas, nome da vítima, local para onde foi trasladado o trabalhador lesionado, os médicos que o assistiram, salário e razão social da companhia de seguros. Tudo isso em, no máximo, 24 horas depois do acidente. Em caso de morte, previsto no artigo 13, o patrão deveria comunicar o juiz competente.

Os artigos 14 e 15 especificam os aspectos relativos ao procedimento, declarando que os documentos, assim como as declarações dos envolvidos tinham caráter de informação judicial, caso houvesse controvérsia sobre o acidente. Os processos eram levados à justiça comum, nos tribunais municipais. O artigo 16 considerava nula a renúncia aos direitos que os preceitos legais sobre acidentes de trabalho concediam aos trabalhadores. Tal nulidade não ia contra transações, compromissos ou arbitramentos que celebrados depois do acidente. Todo o processo tinha tempo de prescrição de um ano, de acordo ao artigo 17.

Independentemente da demanda judicial e da reparação sem sentença condenatória, o patrão tinha a obrigação de comunicar o acidente ao respectivo tribunal municipal. Assim, a Empresa Minera El Zancudo reportou o acidente de Juan B. Restrepo:

Zancudo, Março 16 de 1926

---

<sup>210</sup> BRADFORD HERRERA, **Los accidentes de trabajo en la doctrina...**, op. cit., p. 76.

Senhor Juiz Municipal do distrito de Titiribí Presente.

Em cumprimento do artigo 12 da lei 57 de 1915 me permito avisar-lhe que o senhor Juan B. Restrepo, operário da Empresa de Zancudo, sofreu, no setor Hulleras, um acidente de trabalho consistente na trituração do mindinho da mão direita e outras lesões de menor significação na mesma mão.

Foi trasladado ao Hospital de Titiribí, onde o médico da Empresa, Dr. Jaime Orozco, lhe amputou as duas primeiras falanges do mencionado dedo. Atualmente, se encontra no dito hospital, ao cuidado do mesmo Dr. Orozco. Ganhava um jornal de seis pesos (\$6,00) semanais. Gozará, enquanto dure a incapacidade, das duas terceiras partes do salário, de acordo com a lei citada antes<sup>211</sup>.

Muitas outras declarações devem ter sido registradas no tribunal municipal daquele importante distrito mineiro. O objetivo era prevenir “emboscadas e defesas habilidosas, quando tivessem desaparecido as de prova que sustentavam ou coadjuvavam a ação do trabalhador”.<sup>212</sup> De fato, nos casos em que patrão ou operário não concordaram sobre os procedimentos, as causas, o momento em que o acidente ocorreu, sua classificação, entre outros aspectos, ao menos existia esta espécie de “confissão extrajudicial”.

Provavelmente, o legislador considerou oportuno, dada a capilaridade da justiça comum, que os conflitos entre operários e patrões se resolvessem mediante demandas civis ante o juiz mais próximo ao local do acidente. Mas era, sob todos os aspectos, uma disposição problemática, pois desconsiderava a lógica conflitiva das relações de classe entre operários e a burguesia industrial, além de ser incongruente com relação à política do país e à legitimidade do Estado colombiano, armada em torno de um centro abissalmente ausente. Não só faltavam mecanismos de verificação e sanção para o cumprimento das leis, mas havia a demora nos processos, que eram dispendiosos.

---

<sup>211</sup> ARCHIVO MUNICIPAL DE TITIRIBÍ. Fondo Alcaldía Varios. Carta marzo 16 de 1926.

<sup>212</sup> BRADFORD HERRERA, *Los accidentes de trabajo en la doctrina...*, op. cit. , p. 106.

Destarte, terminava por complicar-se o que estava resolvido em termos doutrinários, ou seja, a responsabilidade do patrão em qualquer caso de acidente de trabalho. Com o agravante de que, no processo, a sempre duvidosa inocência do operário restava importância à presunção de responsabilidade do patrão. Três instâncias e três documentos deveriam comprovar o acidente e as palavras do operário: certificado do chefe de trabalhos ou chefe de equipe; certificado do médico da empresa ou do médico-legal; três testemunhos de operários.

Finalmente, nas reclamações em que havia controvérsias sobre a lei e as indenizações, a documentação era enviada aos respectivos escritórios de medicina legal ou ao DNT. Esta entidade, por sua vez, nomeava um perito da Academia Nacional de Medicina ou outra corporação científica. Desde 1946, a Direção de Medicina e Higiene Industriais do Ministério do Trabalho era a entidade responsável de qualificar o acidente, fixando a incapacidade definitiva de acordo com a tabela de avaliação do Ministério do Trabalho.

Entre o começo e o fim de um processo se estimavam, em média, dois anos. Entende-se por que poucos trabalhadores levaram ao nível jurídico a reivindicação dos seus direitos. Não se pode esquecer que tinha vantagem aquele com “menos urgência na solução do litígio e maior capacidade econômica para alimentar indefinidamente a controvérsia, com recursos e provas.”<sup>213</sup> Isso sem contar a proximidade do patrão e das autoridades políticas, de juízes e árbitros.

Para remediar a situação, enquanto se criava a jurisdição especial do trabalho, o legislador determinou que, a partir de 1934, o trâmite seria realizado mediante o procedimento verbal. A lei n. 45 de 1939 estendeu este procedimento a qualquer aplicação das leis sociais. As audiências se multiplicaram e fragmentaram os processos; entre a prolongada tramitação verbal, a notificação da sentença, as apelações e a liquidação da sentença, a média de dois anos se manteve. O mais absurdo de tudo era que o artigo 17 da lei dispunha que as ações estabelecidas em favor do trabalhador prescreveriam ao término de um ano.

## **2.2. Perícias, acidentes e hérnias no contexto do direito à saúde**

Em 1929, José Joaquín Calderón Reyes publicou a tese *Estudio Médico Legal de la Incapacidad de los Accidentes de Trabajo*. Era o

---

<sup>213</sup> Ibid., p. 107.

primeiro esforço médico pós-lei n. 57 por fornecer conhecimento médico-legal sobre as perícias de acidentes de trabalho. Anteriormente, Benjamín Bernal<sup>214</sup> tinha publicado *Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal*, uma tese visionária que confiava na rápida aprovação do projeto de lei sobre acidentes de trabalho.

Por conta disso, Calderón estava relativamente melhor preparado para discutir o problema médico-legal dos acidentes de trabalho. Sua hipótese abordou a divergência dos pareceres acerca do significado da locução, assim como a incapacidade para se trabalhar no âmbito penal. Se as coisas eram da maneira como Hernando Rueda<sup>215</sup> mostrara, não se podia esperar menos em relação aos acidentes de trabalho, um capítulo da medicina legal que era mencionado apenas nas aulas da faculdade de medicina da Universidade Nacional da Colômbia.

Após três lustros e algumas poucas reformas legislativas, estava claro que os acidentes de trabalho continuavam a ser novidade, tanto quanto tinham sido em 1911, quando começou a vulgarização do tema entre alunos e professores da mesma escola. Era um terrível esquecimento da faculdade, visto que a legislação dos acidentes de trabalho estava no âmago dos conflitos sociais da época, e que, ao mesmo tempo, a medicina tinha se tornado uma ferramenta indispensável no quadro da lei sobre acidentes de trabalho. Como já disse, a perícia médico-legal passou a ocupar o papel de prova plena, e a ciência do direito passou a depender intimamente da ajuda do médico para o esclarecimento dos problemas legais.

Contudo, a perícia médico-legal já era importante antes da formulação da lei sobre acidentes de trabalho. O processo paulatino de aproximação entre o saber médico e o saber jurídico tinha-se iniciado na Colômbia em fins do século XIX. O artigo 65 da lei n. 100, de 1892, ordenava que, onde houvesse médicos oficiais, “o juiz ou funcionário instrutor, no lugar de nomear peritos”, determinaria que os médicos praticassem as diligências necessárias e dessem seu parecer por escrito. O processo de medicalização do poder judicial iniciado na segunda metade do século XIX, mediante várias publicações e discussões

---

<sup>214</sup> BERNAL, *Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal...*, op. cit.

<sup>215</sup> RUEDA, *Estudio médico-legal de las heridas. Su pronóstico y elementos para la evaluación de la incapacidad.*, op. cit.



públicas sobre a importância da perícia no âmbito penal, dera o primeiro passo no reconhecimento da perícia médico-legal.<sup>216</sup>

Posteriormente, com a lei n. 53 de 1914, que criou o Serviço Nacional de Medicina Legal, foram redobrados os esforços para fazer da medicina legal um instrumento científico de aplicação da justiça. Ainda assim, a precariedade continuou imperando. Exceto pelo Escritório Central de Medicina Legal, em Bogotá, a maioria dos escritórios do país funcionou de forma desastrosa durante as três primeiras décadas do século XX.

Por outro lado, nos municípios sem o escritório de medicina, os funcionários de instrução dispunham dos médicos inscritos para realizar perícias. Mas o que poderia ser eficiente tornou-se um problema, já que contar com um médico oficial ou médico particular era um luxo em muitas cidades da primeira metade do século XX. Ademais, a remuneração era tão pouca, que os médicos buscavam formas de evitar a função. Nessas condições, não soa estranho que Julio Quintero, médico residente de Titiribí, respondesse assim à intimação do prefeito municipal: “Por que não esperam o médico oficial, para que faça todos esses reconhecimentos? Eu, francamente, não acredito ter a obrigação de ser perito permanente desses escritórios”<sup>217</sup>. Protesto que dava continuidade a queixa anterior: “Senhores de minha alma, enviem estes homens ao Oficial, que isto vai me embargar o tempo”<sup>218</sup>.

Voltando ao tema dos acidentes de trabalho, na lógica de comprovação da ocorrência, o médico precisava expedir o certificado de acidente, o certificado de cura e o certificado de consolidação. Esses documentos deviam responder às seguintes questões: tratava-se ou não de acidente de trabalho; uma vez recuperado o trabalhador, qual seria a data de cura da lesão, ou indicar uma data provável; havia relação de causa efeito entre o que revelava o exame e o acidente.

Em companhias grandes, com departamento sanitário ou serviços médicos contratados externamente, o médico da empresa podia ser o encarregado de redigir oportunamente à direção o atestado de incapacidade e indicar a indenização correspondente. Na ausência do

---

<sup>216</sup> DEL VALLE, Piedad. **La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2010.

<sup>217</sup> ARCHIVO MUNICIPAL DE TITIRIBÍ. Fondo Alcaldía Varios. Carta noviembre 9 de 1959.

<sup>218</sup> ARCHIVO MUNICIPAL DE TITIRIBÍ. Fondo Alcaldía Varios. Carta noviembre 6 de 1959

médico da empresa, o patrão solicitava o auxílio e a perícia de médicos oficiais ou médicos-legistas inscritos na circunscrição da ocorrência.

A função desses certificados médicos era apoiar o processo jurídico, portanto, deviam ser compreensíveis, rigorosos e exatos. Segundo Emilio Morales, devia-se precisar “ferida de tantos centímetros”, e não ferida pequena ou grande; devia-se igualmente evitar abreviaturas e termos científicos, de maneira que juízes, advogados e agentes de seguros conseguissem entender com facilidade os certificados. Ou seja, o médico devia acostumar-se a dar destaque a facetas da doença prescindíveis no terreno terapêutico, sempre lembrando que a declaração do médico tinha o caráter de plena prova e, frequentemente, não era discutida nem determinava a indenização do operário.

Para além da questão de justiça, era comum que o médico facultativo carecesse dos conhecimentos teóricos e práticos necessários para levar a cabo uma perícia de acidente de trabalho. Pois, de fato, a especialização da medicina legal não estava ao alcance de todos os médicos e, muito menos, as questões relativas ao mundo do trabalho.

Mas o que tinha de particular uma perícia de acidente de trabalho? A primeira parte desta seção responde essa pergunta. Na segunda parte, se analisam as hérnias como problema médico-legal. Analisar a forma como a medicina objetivou as hérnias na primeira metade do século XX permite compreender como um evento cotidiano se transforma em objeto da medicina, e como esta objetivação expressa os desafios da medicina do trabalho na empreitada de iluminar o fenômeno de um operário aparentemente infatigável.

Ao menos quatro aspectos podem ser identificados em relação à forma como os médicos-legistas e os médicos do trabalho objetivaram as hérnias. Primeiro, a construção médica e social. Segundo, a construção médico-legal, em decorrência dos debates sobre a reparação dos acidentes e das doenças do trabalho. Terceiro, a tensão entre saber médico e função social na deontologia médico-pericial. Quarto, as críticas ao discurso médico e as consequências na vida dos operários.

É preciso lembrar que as hérnias são estigmas típicos do mundo do trabalho. Em razão da quantidade de reclamações e polêmicas, constituíram um problema de grande magnitude em direito social e no campo médico na primeira metade do século XX. Eram consideradas as doenças ou afeções que mais impediam o trabalho nas indústrias. Podiam diminuir o rendimento laboral, produzir incapacidade e até levar

à morte. E para aquele que ganhava o pão com a tensão de seus músculos, a hérnia podia ser a porta de entrada da fome e da pobreza.

### **Deontologia médico-legal dos acidentes de trabalho**

O desafio dos médicos não era unicamente acompanhar de maneira justa uma tabela de avaliação de acidentes do trabalho. Em primeiro lugar, eles deviam ter sempre presente que havia uma missão social do médico-legista; um compromisso técnico com a verdade; e o desafio psicossociológico de conhecer, prever e, dentro do possível, reeducar o trabalhador.

No que diz respeito à missão social, os médicos defendiam uma atividade pericial em harmonia com o conceito de justiça social que o legislador tentou fixar na lei sobre acidentes de trabalho. O médico devia, assim, “agir com plena consciência e profunda honradez”<sup>219</sup>, sem compromissos patronais ou sindicais, procurar reestabelecer o equilíbrio entre trabalhadores e patrões<sup>220</sup>, dirigir a atenção ao grupo social cujo único capital era a saúde e mitigar o prejuízo dos associados. O critério humano deveria primar, e o “melhor humanitarismo devia ser servir à justiça”.<sup>221</sup>

Nos discursos sobre a legitimação ética da atividade pericial, raramente se indicava que a justiça deveria servir também aos direitos do patrão. Mais comumente, se destacava que as missões do médico do trabalho e a do médico-legista eram de grande transcendência social e econômica. À margem desse espontâneo compromisso social, com mais honestidade, advertia-se que “a valoração médico-legal de uma incapacidade é um problema técnico”<sup>222</sup>, e não questão exclusivamente médica nem motivo de lucubrações políticas. Portanto, para fazer efetiva a lei, eram necessários o conhecimento geral da legislação laboral,

---

<sup>219</sup> CALDERÓN REYES, **Estudio medico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo**, op. cit., p. 27.

<sup>220</sup> RAMÍREZ MELENDEZ, Justiniano. **Consideraciones médico-sociales en relación con las incapacidades permanentes en los problemas del trabajo**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Santafe de Bogotá, 1943, p. 45.

<sup>221</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 3, p. 3–9, 1948, p. 6.

<sup>222</sup> \_\_\_\_\_. Enfermedades profesionales. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 4, p. 3–7, 1948, p. 7.

grande experiência prática, conhecimento e pesquisa sobre os riscos profissionais de cada indústria, observação atenta dos diferentes processos produtivos. Em síntese, era preciso a formação de um corpo médico de especialistas em medicina do trabalho e medicina legal aplicada aos problemas do trabalho.

Neste caso, a legitimação do campo de saber destacava o papel da ciência médica na resolução dos conflitos entre capital e trabalho. Dessa maneira, questionava-se sobre a idoneidade do médico-legista para resolver os limites da doença e os alcances da indenização; igualmente, sobre a capacidade técnica para valorizar as causas e as consequências anatômicas do acidente do trabalho. Em outras palavras, a ideia que mais circulava é que existiam critérios científicos, normas técnicas e nomenclaturas padronizadas que permitiam determinar o que era acidente ou doença profissional.

Mas esse compromisso técnico se mostrava mais emotivo que realista. Os profissionais do campo reconheciam não existir precisão interpretativa acerca da incapacidade<sup>223</sup>, e que a ideia de invalidez não era mais que o resultado da metafísica médica.<sup>224</sup> Emilio Morales afirmou que “cada médico julga com sua mentalidade particular”, por isso, “sempre será ilusório crer ser possível codificar certas avaliações até o ponto de subtrair qualquer dúvida ulterior”<sup>225</sup>.

Entre as razões que tornam a perícia irremediavelmente subjetiva podem ser mencionadas: o tempo para realizar a avaliação do acidente ou da doença; a ausência de pesquisas sobre as características da indústria nacional; a falta de estatísticas sobre acidentes e doenças; a falta de critérios epidemiológicos; e a incerteza sobre o valor dos membros ou a magnitude da perturbação funcional. Aspectos que, somados às mudanças na percepção do corpo do trabalhador, conduziam à irremediável subjetividade da experiência médico pericial e à “anarquia das avaliações”<sup>226</sup>.

---

<sup>223</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 195.

<sup>224</sup> RAMÍREZ MELENDEZ, **Consideraciones medico-sociales en relación con las incapacidades permanentes en los problemas del trabajo**, op. cit., p. 38.

<sup>225</sup> MORALES, **Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo**, p. 44.

<sup>226</sup> CALDERÓN REYES, **Estudio medico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo**, op. cit., p. 25.

Em defesa dessa nova forma de perceber o corpo do trabalhador, Gonzalo Arango Barreneche<sup>227</sup> afirmou que a “medicina industrial não observa o trabalhador como máquina que trabalha oito horas no dia”. Num tom que às vezes insinua grande descoberta, e às vezes desagravo, reiterava que os médicos estavam então conscientes que o operário era membro de uma sociedade, que num mesmo dia trabalhava, se instruía, se divertia e descansava.

A incorporação dessa faceta social na reflexão sobre o corpo do trabalhador teve origem no reconhecimento da fadiga como doença e problema médico-social. O que a distingue do primeiro momento, no qual a fadiga emergiu como problema inerente ao mundo do trabalho, entre os anos 1910 e os anos 1930 na Colômbia, é que ao menos três campos de saber tinham começado a perfilar-se, no país e no mundo, como os principais promotores do fator humano na indústria: a fisiologia industrial, a psicofisiologia, com um paulatino deslocamento para a psicologia industrial, e a sociologia do trabalho.

Não é possível entrar agora nesse emaranhado de ideias que se compunham a medicina do trabalho. Mas cabe dizer que a terceira dimensão da deontologia do exercício médico-legal, no contexto do direito à saúde, surgiu da apropriação de elementos desses diferentes campos de saber, misturados a fisiologia do trabalho, psicologia do trabalho, observação etnográfica e sociológica do trabalho e das profissões. Tudo isso para conhecer o potencial fisiológico de cada indivíduo, antes e depois do acidente. Buscava-se extrair da observação atenta das diferentes profissões e ambientes de trabalho conclusões sobre as exigências e os limites dos indivíduos incapacitados.

Um dos métodos de cálculo de indenização partia justamente da comparação entre o potencial salarial presente e o potencial salarial passado. Importavam na perícia a morbosidade do ofício ou do meio do trabalho, o tempo para desempenhá-lo, o modo como tinha evoluído a doença, o estado anterior e o atual do paciente, a suma de aptidões de cada ofício, a capacidade de acomodação profissional do indivíduo, a relação entre perturbação funcional e diminuição da capacidade produtiva. Em outras palavras, o médico-legista deveria explicar o caráter subjetivo que cada profissional dava ao risco, os acidentes ou as doenças, e compreender cientificamente o valor que uma falange tinha para um violinista, um harpista, um ebanista ou um tapeceiro.

---

<sup>227</sup> BARRENECHE, **Estudio sobre medicina industrial en Medellín**, op. cit., p. 2.

## Hérnias são acidentes de trabalho

Para José Manuel Baena Lavalle e Guillermo Sarmiento López, diretor e subdiretor da Sección Nacional de Medicina e Higiene Industrial do Ministério do Trabalho, a hérnia se classificava em hérnia-doença, hérnia-doença profissional ou hérnia-acidente de trabalho<sup>228</sup>. A hérnia-doença era definida como aquela que adquiria o trabalhador, de uma maneira gradual, durante o desempenho de suas atividades, consequência da propensão congênita e sem intervenção de fatores laborais. Era também denominada hérnia-doença do trabalho, pois sobrevinha pela repetição de pequenos traumatismos ou esforços. Nessa definição, o médico colombiano Guillermo Uribe Cualla seguia explicitamente o médico brasileiro Flaminio Fávero. Para este, a hérnia como doença não aparecia subitamente, mas pela repetição de esforços durante semanas, meses e anos de trabalho. Concluía, contrariando a perspectiva de muitos colegas: “[O trabalho], por suas condições de reiteração traumatizante atua, por intermédio do esforço, sobre a predisposição e dá como resultado a hérnia. Será uma hérnia-doença indenizável. Esta é a tese que tenho defendido na atuação pericial”<sup>229</sup>.

A reflexão de Fávero era viável para o caso brasileiro, não para o colombiano, que desconsiderava as denominadas doenças do trabalho. Uribe Cualla considerava que as hérnias podiam ser consideradas doenças profissionais à luz do artigo 12 da lei n. 6 de 1945, que as definiu como estados patológicos sobrevividos do trabalho que desempenhasse o indivíduo ou do meio no qual foi obrigado a trabalhar, fosse por agentes físicos, químicos ou biológicos. No entanto, alegou o mesmo Uribe Cualla, para que fossem assim consideradas, era preciso demonstrar que, antes de ingressar na empresa, o trabalhador não apresentava sintomas clínicos. Era igualmente necessária a comprovação de desempenho nas indústrias de risco e de constância de trabalho na profissão por, no mínimo, seis meses. Tratava-se de

---

<sup>228</sup> BAENA LAVALLE, José Manuel; SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Aspecto medico-social de las hernias. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá.** v. IX, n. 51-52, p. 109–115, 1947.

<sup>229</sup> FAVERO, Flaminio. A hernia na nova lei de acidentes de trabalho, apud URIBE CUALLA, Guillermo. Informe a la Academia Nacional de Medicina sobre la hernia-enfermedad profesional. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá.** v. IX, n. 51-52, p. 116–119, 1947, p. 117.

profissões com esforço físico repetido dos carregadores ou estivadores de ferrovias, companhias de navegação fluvial e marítima, empresas industriais de transporte e enlaçadores de animais não domados.

O médico concordava, dessa maneira, com os peritos do Ministério do Trabalho, que acreditavam ser conveniente ampliar o âmbito da classificação das hérnias, estabelecendo as hérnias-doença profissional como intermediárias entre as hérnias-doença e as hérnias-acidente. Esta classificação divergia da mais comum, que considerava somente os tipos doença e acidente de trabalho, mas procurava solucionar, de forma científica e justa, os controversos litígios sociais.

Tal categoria parece supérflua, puro ruído. Aparentemente, era suficiente reconhecer a hérnia como doença profissional, visto que a legislação colombiana não reconhecia as doenças do trabalho. A questão é que Baena e Sarmiento (diretores da Higiene Industrial do Ministério do Trabalho) sabiam que a falta de consenso sempre favorecia o empresário. De fato, o decreto 841, de 1946, sobre doenças profissionais e acidentes de trabalho, enfatizava que seriam unicamente “presumidas” como profissionais as doenças contempladas na tabela, “enquanto o patrão não desvaneca tal presunção”. E acrescentava: “as demais entidades patológicas de origem profissional se presumiram doenças não profissionais, enquanto o trabalhador não demonstre que concorrem as condições previstas na lei para que se lhes tenha como profissionais”<sup>230</sup>.

Assim, a adição de mais uma categoria à classificação procurava colocar as bases para que a jurisprudência se manifestasse positivamente sobre a questão das hérnias. Contudo, persistia o problema da predisposição congênita como causa genérica. Que a hérnia não resultasse do tipo de trabalho e sim da predisposição, a propensão ou a permeabilidade, era uma opinião tão difundida entre círculos médicos e empresariais, que parecia não haver dúvidas de que o trabalhador tinha direito somente às indenizações sociais de uma doença comum. A menos que entre os trabalhadores e a empresa existissem pactos ou convênios assinados, que obrigassem às mesmas indenizações sociais dos casos de acidentes de trabalho.

Na classificação dos peritos do ministério, a terceira categoria – a hérnia-acidente –, era descrita como aquela que se desenvolvia no indivíduo sem predisposição comprovada, com motivo ou como única

---

<sup>230</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Nueva Tabla de Valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban, **Colombia Medica**, v. V, n. 6, p. 196–200, 1946.

causa de um esforço brusco, violento, longo e superior ao normal. As hérnias-acidente se dividiam, por sua vez, em traumáticas e de esforço. As primeiras resultavam de um traumatismo direto na região “herniógena” ou nos lugares que “se encontram débeis e predispostos a deixar sair uma hérnia”.<sup>231</sup> As segundas eram consequência de um esforço superior ao normal, geralmente involuntário e, na maioria das vezes, em situação de emergência. Ambas eram consideradas raríssimas pelos médicos, particularmente a traumática. Mas a impressão dos trabalhadores era outra, eles consideravam que “a hérnia traumática era frequentíssima”.<sup>232</sup> Nem raras nem frequentes, outros opinavam que simplesmente eram hérnias-doença, as quais os trabalhadores acreditavam ou queriam fazer passar por hérnias-acidente, levando em consideração que teriam direito à indenização por incapacidade parcial permanente.

Precisamente como estratégia de verificação da relação causal entre o trabalho e a hérnia, Benjamin Bernal propôs considerar os seguintes princípios:

- 1º. Informar-se das circunstâncias do acidente [...];
- 2º. Detalhar as sensações experimentadas pelo indivíduo no momento do acidente (dor viva ou ligeira, irradiada ou fixa, impotência);
- 3º. Averiguar se o ferido tinha continuado no trabalho e o gênero deste trabalho;
- 4º. Observar se a hérnia

---

<sup>231</sup> MEDINA CERVANTES, Álvaro. Hernia-accidente de trabajo. **Boletín Trabajo**. v. I, p. 87–91, 1952, p. 89.

<sup>232</sup> Evidentemente, é a experiência de deterioração que guia a opinião dos operários; no caso dos médicos, o extraordinário dos casos de hérnia-acidente está justificado nas observações de, entre outros autores, Paul Berger (1895), que havia analisado 10.000 herniados na França, e Otto Kaufmann (1897), que tinha feito o mesmo com 100.000 trabalhadores alemães e suíços; ambos os pesquisadores concluíram que, estatisticamente, não eram significativos o número de casos de hérnia-acidente. Ver: OLLER, Antonio. Accidentes eléctricos, lumbago y hernia In: \_\_\_\_\_. **La práctica médica en los accidentes del trabajo**. Madrid: Morata, 1929, p. 75–76.. Este confronto remete ao debate sobre o Iluminismo, a racionalidade científica e técnica, com seus efeitos despóticos e suas pretensões de universalidade, aspectos centrais, segundo Foucault, de toda a filosofia contemporânea e a origem da história da ciência. La vida: la experiencia y la ciencia, In: RODRÍGUEZ, Fermín (Org.). **Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida**. Buenos Aires: Paidós, 2007, p. 41–57.



ou ponto frágil, onde o indivíduo acusa ter sentido uma rasgadura, há dor; este sintoma é muito importante, e em sua ausência, não se pode admitir o tratamento de uma hérnia ou rasgadura muscular recente; 5º. Reconhecer se existe realmente uma hérnia, o lugar, volume, grau, redutibilidade, expansão, consistência, indolência, largura e fraqueza do anel, o estado de contratura e do relaxamento dos músculos da parede; 6º Detalhar, pelo interrogatório ao lesionado e o exame atento da região (a pele bronzeada, lisa, delgada, glabra, sintomas de levado uma venda), se a hérnia não existia antes <sup>233</sup>.

Bernal afirmava, ademais, que à jurisprudência francesa convinha rejeitar as hérnias sem dor viva, assim como a suspensão imediata do trabalho – lembrando que os acidentes de trabalho tinham que se caracterizar como violentos e repentinos. Da mesma opinião eram as jurisprudências da Bélgica, Alemanha, Suíça e Espanha.

Coerente com a lei de acidentes de trabalho, o Ministério da Indústria determinou (resolução de 6 de abril de 1933) que, para se diagnosticar uma hérnia-acidente, era preciso comprovar antecedentes de boa saúde, mediante certificado médico; a falta deste documento desfavorecia o trabalhador. Era igualmente necessário comprovar que um grande esforço, maior que o natural, tivesse produzido dor de tal “intensidade”, que tivesse levado à suspensão do trabalho e a solicitar, “imperiosamente”, os auxílios do médico. No caso de haver testemunhas, o Departamento Nacional do Trabalho sugeria que estas apresentassem o documento expressando o tipo de trabalho, posição de esforço do trabalhador, características do acidente, sintomas no momento da lesão. Se não houvesse testemunhas, o doente podia declarar os detalhes do acidente para o médico, para que este julgasse a “veracidade dos fatos”. Finalmente, como em todos os casos de acidentes, o médico certificava os fatos, declarando sintomas da hérnia, lugar, tamanho, redutibilidade, inflamação local, dor, além de sintomas gerais como vômito, temperatura, reações intestinais ou peritoneais, incapacidade e evolução do quadro nos dias consecutivos. <sup>234</sup>

---

<sup>233</sup> BERNAL, *Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal*, op. cit., p. 18–19.

<sup>234</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo*, op. cit., p. 50–51.

Anos depois, Jaime Camargo reiterou para seus homólogos as mesmas dúvidas acerca da origem accidental da hérnia. Por isso, motivou outros médicos a se orientarem pelos seguintes critérios (ou princípios universais): certificado médico de admissão; comprovação de esforço único, violento e superior ao normal; comprovação de episódio herniário consistente com sintomas locais e gerais; observar que a reclamação fosse por hérnia unilateral, já que estava plenamente comprovado que a bilateral não era consequência de um acidente.<sup>235</sup>

Deve-se dizer, de passagem, que Bernal escreveu sobre hérnias antes da formulação da lei n. 57 de 1915. A resolução do Ministério da Indústria sobre o assunto foi feita dois anos depois da Lei n. 129 de 1931, que reconheceu todas as convenções internacionais do trabalho. O texto de Camargo foi posterior à lei n. 6 de 1945, sobre convenções de trabalho, associações profissionais, conflitos coletivos e jurisdição especial do trabalho. Momentos visivelmente distintos da história nacional, com outros afãs em matéria legislativa.

Para além da longevidade do tema na história médica nacional e internacional, os anos de 1946 e 1947 foram prolíficos academicamente, no que se referia às hérnias. Isto se explica pelo reconhecimento dos direitos de reparação por doenças profissionais, lei n. 6 de 1946. Um dos trabalhos publicados foi, precisamente, sobre o conceito de hérnias, pela Sociedade Colombiana de Medicina do Trabalho, dirigido ao juiz do trabalho da cidade de Bogotá, em 12 de abril de 1947.<sup>236</sup> Nesse documento, os autores Agustín Arango Sanín e Jorge Vergara informavam ao juiz que, anatomicamente, as hérnias podiam classificar-se em inguinal, crural ou femoral, umbilical e ventral. As mais frequentes entre os trabalhadores, “pelas quais paga maior tributo a indústria”, são as inguinais, aproximadamente 96% de todas as hérnias.

Parafraseando os autores, era comprovada e reconhecida por todos os pesquisadores do mundo a extraordinária importância do desenvolvimento embriológico das formações inguinais sobre a predisposição herniária. Em pesquisas ao redor do mundo, com indivíduos de todas as idades e diferentes condições físicas, tinha-se demonstrado, “depois de infinidade de estudos e controvérsias científicas”, a grande predisposição congênita da maioria dos indivíduos

<sup>235</sup> CAMARGO, Jaime. **Enfermedades profesionales**. Tesis doctor en medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1954.

<sup>236</sup> ARANGO SANÍN, Agustín; VERGARA, Jorge. Concepto sobre las hernias de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 4, p. 11–14, 1948.

herniários.<sup>237</sup> Álgida confrontação sobre a qual não deram conta os jornais médicos colombianos nem as teses dos nossos galenos.

No homem, até o último mês de vida intrauterina, os testículos permanecem no abdômen. Em condições normais, descem ao nono mês. Nesse processo, se forma o canal peritônio-vaginal, que se estende do abdômen ao escroto e que contém o cordão e os vasos espermáticos, conexão entre os testículos e as vesículas seminais. Na sequência do desenvolvimento, a membrana peritoneal que tinha descido ao testículo vai se transformando, até constituir as demais camadas que envolvem os testículos e o epidídimo. Ao efetuar-se o descenso e a constituição das estruturas descritas, o orifício volta a fechar-se. A abertura deve ficar obturada, e não deve existir mais comunicação entre a parede abdominal e o escroto. Por questões orgânicas que debilitam o desenvolvimento dessa região ou retardam o processo normal de “vitalização” dos tecidos da criança, o canal por onde se precipitou o testículo não se obtura totalmente, os tecidos não adquirem a força suficiente para desempenhar o papel de membrana obturadora, facilitando a formação de um versículo anormal, que será o princípio de uma hérnia quando aumentar a pressão da cavidade abdominal. Esta debilidade pode ser causada por transtornos na gravidez, relacionados a alimentação, herança discrásica, nascimento prematuro ou infecção que comprometa o desenvolvimento do feto. A estas causas se somam como agravantes da pressão intra-abdominal, entre outras, o choro persistente das crianças. Os peritos concluíram que, se o organismo recebe insuficiente alimentação ou sofre doenças infecciosas, “a debilidade se fará maior a cada dia, e desta forma se explica o mecanismo de formação gradual originado pela execução de esforços repetidos e frequentes”<sup>238</sup>.

Uma explicação similar se pode ler com relação às umbilicais, femorais ou ventrais. Etiologicamente, são um defeito do desenvolvimento, portanto preexistentes em todo trabalhador que desenvolve a doença. Ao nível patogênico, diversos fatores geram o aumento da tensão intra-abdominal e podem desencadear uma hérnia, como é o caso dos esforços repetitivos e do esforço repentino e violento do acidente de trabalho, mas sempre haveria a predisposição congênita de que falam nossos autores. Como diz um ditado em patologia, não é herniado quem quer, mas quem pode. O que, em outras palavras,

---

<sup>237</sup> Ibid.

<sup>238</sup> Ibid.

significa que a maioria dos homens carregaria no corpo um bilhete para a miséria.

O suporte a todas as questões até aqui analisadas é a palavra do médico, materializada nos certificados. Não importavam a palavra da vítima nem a comprovação do acidente acompanhado de fenômeno doloroso e a suspensão imediata do trabalho; a veracidade dos fatos era dada pelo médico. O certificado médico de saúde seria o testemunho de que a pessoa examinada goza de boa saúde e não padece de nenhuma deficiência que afete suas condições vitais. Legalmente, se devia impedir a saída da empresa dos trabalhadores que não estivessem em boas condições de saúde, assim como impedir ou limitar o ingresso de trabalhadores doentes ou com risco de ocorrências circulatórias, respiratórias, musculares, entre outras.

No caso das hérnias, o certificado devia servir para restringir o acesso de trabalhadores que as tivessem (ou predisposição), além de ser usado como declaração extrajudicial em demandas. Em alguns casos, como lembra o médico Antonio Oller, a partir da identificação da predisposição herniária, a empresa podia admitir o operário pautando uma renúncia aos direitos de demanda ou reparação em caso de hérnia.<sup>239</sup> Contudo, a maioria dos médicos era menos otimista, ou mais realista, em relação aos certificados. Pensavam que, dificilmente, um exame de admissão permitiria visualizar a predisposição herniária. Outro problema era o exame muito rigoroso ou detalhista, que acabavam indicando a maioria dos operários como predispostos a hérnias. De modo que a recomendação era não rejeitar o operário aspirante, apenas “sugerir-lhe que evite grandes e inúteis esforços, e à empresa [sugerisse] colocá-lo em ofícios que não demandassem o uso da força física de maneira constante e perigosa”.<sup>240</sup> Como disse então um advogado, os herniados, por virtude das interpretações médicas, foram convertidos em seres humanos inferiores.<sup>241</sup>

Diante das cirurgias corretivas da hérnia, as opiniões pareciam estar divididas. Antonio Oller do IRIT, bastante lido e conhecido pelos médicos do trabalho da Colômbia, opinava que a intervenção costumava ser benigna e ter bons resultados. Os empresários e as companhias de seguros assumiam os custos da cirurgia e a hospitalização, em vez de

<sup>239</sup> OLLER, Accidentes eléctricos, lumbago y hernia, op. cit., p. 77.

<sup>240</sup> BAENA LAVALLE; SARMIENTO LÓPEZ, Aspecto médico-social de las hernias, op. cit., p. 110.

<sup>241</sup> SILVA, Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana, op. cit., p. 52.

abonar a quase sempre pequena indenização por esta doença. Os operários, por sua vez, aceitavam a cirurgia “quase sempre com satisfação” e, um mês depois, retomavam o trabalho em condições normais. Em todo caso, somente se devia fazer a cirurgia de “hérnias estranguladas”, porque “consideramos sua quase inocuidade, suas poucas moléstias, sua garantia de cura, mas como nunca podemos nem devemos garantir o êxito, nunca devemos afirmar de uma maneira categórica a ausência de perigos e moléstias.”<sup>242</sup>

Talvez porque a burguesia industrial colombiana fosse mais exigente ou porque as cirurgias fossem menos eficazes, os médicos colombianos acreditavam que não existia cura total, pois não se devia esquecer que o indivíduo tinha uma debilidade na região morbígena. O trabalhador, diziam Baena e Sarmiento, sempre ficava em estado de baixa resistência para exercer trabalhos que exigissem esforços contínuos e persistentes. Aliás, “os dados estatísticos referentes à reprodução de hérnias operadas demonstram que esta eventualidade é um fato muito frequente, especialmente em nosso meio”. Concluía que, por adquirir a hérnia em virtude do risco profissional e por que depois de operado o trabalhador se expunha à rejeição num novo exame de admissão, era preciso considerar o fato no esquema de reparação de acidente ou de doenças profissionais, com indenização por incapacidade permanente.<sup>243</sup> A incapacidade permanente significava assistência e remuneração integral, no mínimo, por 90 dias, e no máximo, 140 dias (lei n. 57 de 1915). Posteriormente, a lei n. 133 de 1931 determinou – no artigo 8, modificando o 6 da lei n. 57) – que as incapacidades permanentes parciais deviam receber, no mínimo, dois meses de salário, e no máximo, um ano. Certamente que isto era melhor que nada.

Mas efetivamente, as coisas podiam eventualmente ser diferentes. Em um informe sobre as explorações de auríferas no The Frontino Gold Mines Limited, o advogado Francisco Saénz Arbeláez e o engenheiro Julio Manuel Ayerbe, funcionários do Escritório Nacional do Trabalho, questionaram os juízes das regiões mineiras de Amalfi e Remédios, que pretendiam constituir doutrina jurídica, ao declarar que as hérnias constituíam uma incapacidade total e que, por conseguinte, o operário merecia uma indenização de dois anos de salário mínimo (art. 8, lei n. 133 de 1931). A companhia mineira, por sua vez, considerava que a

---

<sup>242</sup> OLLER, Accidentes eléctricos, lumbago y hernia, op. cit., p. 82.

<sup>243</sup> BAENA LAVALLE; SARMIENTO LÓPEZ, Aspecto medico-social de las hernias, op. cit., p. 115.

esses operários correspondiam seis meses de salário, baseados na legislação de 1915. Para os funcionários do Escritório Nacional do Trabalho, as duas partes se equivocavam, pois o procedimento, em casos de hérnia, exigia a recuperação inicial da lesão, para depois avaliar as possibilidades de cirurgia, e “unicamente em casos tecnicamente inoperáveis se procede de outra maneira, como se se tratasse de acidente comum, tal como a perda de um braço ou de ambos, ou seja, com estimação imediata da incapacidade, seja parcial ou total”.<sup>244</sup>

As disposições do ministério podiam encontrar resistências e interpretações variadas, como ilustra o exemplo anterior. Mas entre médicos e advogados, houve também conflitos e vozes dissonantes sobre a forma como se objetivavam a hérnia e, de modo geral, o corpo do trabalhador. As críticas pairavam em torno de questões vigentes na atualidade, expressas com um tom bastante parecido ao dos questionamentos de processos de medicalização e normalização.

Em primeiro lugar, criticava-se a posição institucional de tornar dogma o princípio médico de que a hérnia era causada por um defeito congênito da parede abdominal.<sup>245</sup> Para Silva, esta atitude irrefletida do organismo público fez da hérnia um “ente jurídico de natureza *sui generis*, desvinculado da pessoa humana”. Para completar, a disposição perante a hérnia contrariava outras resoluções da mesma entidade, nas que a teoria da “indenização em concreto” tinha permitido uma indenização integral, ao comparar o que ganhava o operário antes e depois do acidente. Silva continuou a crítica afirmando que, para o juiz, a questão congênita era irrelevante à luz da teoria do risco profissional, ao passo que o esforço era de grande importância. Os defeitos orgânicos do herniado, embora não pudessem ser excluídos, eram irrelevantes para o direito, pois mais que um indivíduo, lhe interessava o trabalhador como membro do organismo social.

Isto no aspecto jurídico. No que tangia aos aspectos médicos, a “predisposição congênita” era uma curiosa peça da retórica médica, que parecia fixada no ar. A maioria concordava sobre a dificuldade de se

---

<sup>244</sup> SÁENZ ARBELÁEZ, Francisco; AYERBE, Julio Manuel. Informe del abogado de la Oficina General del Trabajo, doctor Francisco Sáenz Arbeláez, y el ingeniero de minas, doctor Julio Manuel Ayerbe, sobre las explotaciones auríferas de “The Frontino Gold Mines Limited” en el municipio de Segovia (Antioquia). **Boletín de la Oficina General del Trabajo**. v. V, n. 39-44, p. 90-122, 1934, p. 103-104.

<sup>245</sup> SILVA, **Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana**, op. cit., p. 57.

definir a predisposição herniária, já que todas as conformações anatômicas variavam de um sujeito para outro. Ao mesmo tempo, falar de defeito congênito era algo muito relativo, porque supunha a existência de organismos perfeitos, sem limites, nos quais a hérnia não se produzia. Em outras palavras, havia algo de superstição em pensar que era anormal o corpo daquele trabalhador, no qual a tensão permanente de seus músculos criou uma hérnia. Esta concepção etiológica levou a que apenas trabalhadores em “perfeita saúde” fossem “aceitos nas empresas, o que quer dizer que somente os sãos [tinham] direito a viver”.<sup>246</sup>

### 2.3. A simulação e os direitos sociais

Simulação é a ação consciente e voluntária de fingir, imitar e exagerar uma doença, seus sintomas ou a incapacidade fisiológica e psíquica resultante, com o objetivo de receber algum tipo de benefício. A definição médica parte de um princípio de utilidade inseparável do ato de simular e, por sua vez, de uma clara consciência do valor do risco e do valor da troca. É muito importante reiterar que a simulação, na forma pura, é um ato consciente, com um princípio da utilidade. Mas o que acontece quando a simulação deixa de ser um ato voluntário e consciente? Nesse caso, torna-se uma simulação patológica. Entre os dois extremos, existem relações qualitativas e quantitativas, “gradações infinitas, como tons da mesma cor, fazendo o diagnóstico diferencial entre o real e o falso, a clínica, fraudes e doença”.<sup>247</sup>

A forma como a psiquiatria francesa definiu e classificou a simulação ecoou em todos os médicos colombianos. No universo semântico criado em torno da simulação, tanto por médicos nacionais como pelos estrangeiros, se definiu o simulador puro, com características patológicas mais atenuadas em razão da vontade e a consciência que determinava seu ato. No outro extremo, classificaram-se as formas mórbidas de simulação, baseadas na ideia de inconsciência e loucura. Ambos os extremos são parte de uma escala pejorativa e um espectro de condenação, nos quais o sujeito, sendo mais consciente, é mais criminoso; e menos consciente, é mais louco. Um dos perigos da psicologização da simulação está na infame proximidade entre a

<sup>246</sup> ARANGO SANÍN, Agustín. La medicina del trabajo en Colombia. *Heraldo Médico*. v. I, n. 1, p. 2–5, 1947, p. 17.

<sup>247</sup> VALLEJO NÁGERA, Antonio. *La enfermedad simulada*. 1ª Edición de 1934. Barcelona: Salvat, 1951, p. 18.

simulação e a histeria, como uma linha circular na qual seus dois extremos quase se tocam – assim, o salto do crime à loucura seria quase previsível.

O paradoxo é que, enquanto o caráter patológico da simulação era perigosamente acentuado, a confusão e fragilidade teórica tornavam-se mais evidentes, destacando-se a dificuldade do psiquiatra para definir as características de personalidade de simuladores. Vallejo Nagera afirmou que havia “grande distância entre fraude pueril do estudante ou o operário que quer fornecer-se um feriado e o assassino que se refugiou na loucura para salvar-se do patíbulo”.<sup>248</sup> Comentário que aponta para um assunto de grande atualidade, ou seja, a impossibilidade de a psiquiatria estabelecer diagnósticos diferenciais. Da mesma forma, sugeria a dificuldade deste campo de saber para operar com variáveis sociais ou problemas que não podem ser racionalizados e operados somente em termos médicos ou psiquiátricos, e que devem integrar noções da sociologia, antropologia cultural<sup>249</sup>, história. Embora a simulação não seja um problema exclusivo do mundo do trabalho<sup>250</sup>, é um cenário ideal para observar as tensões frequentes entre ideologia, interesses econômicos e a ciência médica. Em outras palavras, para compreender a construção social da doença.

Com efeito, lembrando o princípio de utilidade atribuído pelos médicos ao simulador, no mundo do trabalho, o simulador sempre visa aumentar o montante da indenização, livrar-se do serviço militar, ganhar um subsídio por doença, uma apólice de seguro, férias ou mais medicamentos que os necessários. De esta forma, a pretensão científica se quebra para exibir claramente o áspero substrato ideológico. Na opinião dos médicos da época, a simulação era, principalmente, um defeito da virtude da classe trabalhadora, dos pobres, dos soldados e dos imigrantes. Ao final, a classificação médica e psiquiátrica reforçava, com a retórica científica, a ideologia de uma época. Aos pobres foi

---

<sup>248</sup> Ibid., p. 43.

<sup>249</sup> ROSATTI, Peter, La douleur, aux confins du médical, juridique et sociologique. **Douleur et Analgésie**. v. 12, n. 1, p. 1–2, 1999.

<sup>250</sup> As fontes médicas dão preferência aos exemplos com os trabalhadores. Veja-se: URIBE CUALLA, G. **Medicina Legal**; \_\_\_\_\_. **Medicina Legal y psiquiatria forense**, Bogotá: Libreria Voluntad, 1939. OLLER, Antonio; GERMAIN, José, La simulación en general y desde el punto de vista neurológico, In: OLLER, Antonio (Ed.). **La práctica médica en los accidentes del trabajo**. Madrid: Morata, 1929, p. 323–352..



atribuído o uso da doença simulada como forma ilícita de sobreviver da caridade, da beneficência pública e da filantropia.

Aos soldados se imputava essa prática desde o início do século XIX e durante a Grande Guerra – mesmo quando os médicos do Centro Médico Legal de Amiens, por prudência ou indulgência, condenaram por autodano apenas 5% dos soldados<sup>251</sup>, e no *front* alemão, médicos como Hermann Oppenheim argumentassem que a neurose traumática de guerra era um desejo inconsciente e não uma fraude.<sup>252</sup>

Nos imigrantes, a simulação parecia ser endêmica. No século XIX, os germano-americanos eram vistos como uma população particularmente afetada pela “simulação”; duas décadas antes, eram os irlandeses, mais tarde, os poloneses e os judeus<sup>253</sup>. No século XX, os imigrantes do norte da África foram vistos como suspeitos de lucrar com a generosidade do Estado francês mediante a simulação de doenças ou acidentes.<sup>254</sup>

No entanto, a classe trabalhadora parece ter sido a mais sensível aos efeitos “corrosivos” do Estado social e, conseqüentemente, mais dispostos para a simulação no século XX. Pelo menos, essa parece ter sido a impressão dos contemporâneos: a doença e o seguro de acidentes teriam suscitado nos trabalhadores uma ansiedade ilegítima de benefícios econômicos<sup>255</sup>.

---

<sup>251</sup> Para Sophia Delaporte, de 1914-1918, o Centro Médico Legal de Amiens condenou 5% dos soldados por auto-dano; em 25% dos casos, a perícia não foi concludente, e 65% acharam que não havia razões para crer em simulação ou auto-dano para evitar o frente de batalha. DELAPORTE, Sophie; PROCHASSON, Christophe; RASMUSSEN, Anne. Discours médical et simulation, In: **Vrait et faux dans la Grande Guerre**. Paris: La Découverte, 2004, p. 218–233.

<sup>252</sup> WESSELY, Simon. Malingering: historical perspectives, In: HALLIGAN, Peter W; BASS, Christopher M; OAKLEY, David A (Eds.). **Malingering and illness deception**. New York: Oxford University Press, 2003, p. 38.

<sup>253</sup> KANAAN, Richard A. A.; WESSELY, Simon C. The origins of factitious disorder. **History of the Human Sciences**. v. 23, n. 2, p. 68–85, 2010.

<sup>254</sup> FERREIRA, Cristina Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication. **Carnets de bord en sciences humaines**. v. 13, p. 78–87, 2007.

<sup>255</sup> COLLIE, John; SPICER, Arthur H. **Malingering and feigned sickness** [s.l.]: London: E. Arnold, 1913; OLLER; GERMAIN. La simulación en

Espécie de epidemia, a simulação assustou os médicos e conservadores alemães, ingleses, franceses e espanhóis, para quem o aumento alarmante de acidentes de trabalho<sup>256</sup> foi o resultado da legislação, que desfavorecia as clássicas virtudes e fomentava as demandas injustas da classe trabalhadora. Arnolfo Ciampolini, conhecido médico italiano citado em vários trabalhos e artigos colombianos, afirmava que o trabalhador simulador era um vadio, um sujeito que deixava de cumprir seus compromissos sociais e profissionais<sup>257</sup>.

Em conclusão, segundo Kanaan e Wesseley, na história da histeria e da simulação, se revela uma interessante dicotomia: “enquanto distinguir as condições por meios clínicos ou psicológicas pode ser muito difícil, pode ser muito fácil distinguir as condições de gênero ou de classe”<sup>258</sup>. Para estes autores, a pergunta que deve chamar a atenção não é o aumento de casos, senão o fato de que, quando os médicos faziam seus comentários, esqueciam que a relação entre empregadores e trabalhadores era desfavorável aos últimos, sendo as leis de compensação a única maneira de equilibrar a situação.<sup>259</sup> Essas afirmações ecoavam a moralidade biológica que inspirou a medicalização das chamadas doenças sociais (alcoolismo, tuberculose e sífilis), durante as primeiras décadas do século XX. Nelas, bem como na simulação, a incerteza científica era tão grande quanto a condenação social e os preconceitos que promoviam.

Os médicos colombianos compartilhavam com seus homólogos estrangeiros a mesma preocupação pelo aumento de acidentes de trabalho por causa da simulação. Na verdade, as ideias preconcebidas sobre o uso ilegítimo de direitos sociais já estavam presentes desde as primeiras publicações sobre o assunto, inclusive antes da formulação da lei de acidentes. Assim, em 1911, Benjamín Bernal se perguntava: “o que não será entre nós?”, se um operário francês com fratura do antebraço levava duzentos dias para recuperar-se quando tinha seguro e, em média, dezenove, quando não o tinha<sup>260</sup>. Para Bernal, o principal

---

general y desde el punto de vista neurológico; WESSELY, *Malingering: historical perspectives*, op. cit.

<sup>256</sup> WESSELY, *Malingering: historical perspectives*, op. cit., p. 33.

<sup>257</sup> VALLEJO NÁGERA, **La enfermedad simulada**, op. cit., p. 41.

<sup>258</sup> KANAAN; WESSELY, *The origins of factitious disorder*, op. cit., p. 72.

<sup>259</sup> WESSELY, *Malingering: historical perspectives*, op. cit., p. 33.

<sup>260</sup> BERNAL, **Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal**, op. cit., p. 35.

problema era que o trabalhador tomava gosto pelo lazer. Portanto, o médico, no “importante papel social que desempenha”, não devia ser indiferente ao descanso abusivo, devia “salvaguardar os interesses financeiros da empresa” e evitar “ao operário as consequências de sua inatividade”.<sup>261</sup>

Nas décadas seguintes, comentários semelhantes aos de Bernal apareceram em jornais científicos e de popularização, assim como nas teses elaboradas pelos médicos da Universidade Nacional da Colômbia e da Universidade de Antioquia. Estes documentos repetiam as observações e os comentários médicos estrangeiros, destacando a seriedade do problema sem grandes justificações econômicas ou dados empíricos.

Pablo Valero Tavera não hesitou em apontar que a simulação era um grave problema social. Reiterou isso de maneiras diferentes, na revista *Salud y Trabajo*, da Compañía Colombiana de Seguros de Vida, e na *Revista de Medicina Legal de Colombia*, do Instituto de Medicina Legal de Bogotá. Para Valero, estava demonstrada até a saciedade com que muitos operários fingiam dor, limitação de movimento ou provocavam acidentes, com o objetivo “exclusivo de obter o pagamento dos salários por incapacidade”.<sup>262</sup> Apesar da contundência da afirmação, outras opiniões pareciam estar divididas. Roberto Lleras considerava os operários colombianos incapazes de sacrificar um braço ou uma perna por um ou dois anos de salário.<sup>263</sup> Da mesma opinião era Osvaldo Abello<sup>264</sup>, que apontou nunca ter testemunhado casos assim em sua função de inspetor do trabalho em Barrancabermeja, Villavicencio e Pasto. Mas Gonzalo Arango Barreneche afirmava que não raramente os assalariados se mutilavam voluntariamente, para obter vantagens, ilustrando a afirmação com o caso de mineiros da Frontino and Bolivia Gold Mines, que teriam amputado um dedo para cobrar a compensação.<sup>265</sup> Valero buscava comprovar sua afirmação nas estatísticas coletadas pela Compañía Colombiana de Seguros de Vida entre 1943 e 1947. De acordo com as cifras, em um período de cinco anos, o número de acidentes aumentara cinco vezes, e o “índice de

---

<sup>261</sup> Ibid., p. 38.

<sup>262</sup> Un problema social. *Salud y Trabajo*, v. I, n. 4, p. 1, 1948.

<sup>263</sup> **Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial**, p. 65.

<sup>264</sup> **Accidentes del trabajo, vacíos de la legislación y la seguridad social**, p. 29.

<sup>265</sup> **Estudio sobre medicina industrial en Medellín**, p. 52.

frequência de acidentes” passou de 26,7 em 1943 para 37,6 em 1947.<sup>266</sup> Este artigo foi reproduzido no ano seguinte na *Revista de Medicina Legal de Colômbia* – um indicador da importância da temática e da confiança nos argumentos do autor.<sup>267</sup>

	Número de acidentes	Número de Assegurados	Índice de Frequência da acidentalidade c/100 trabalhadores
1943	1883	7057	26,7
1944	2182	8433	25,9
1945	3214	13661	23,5
1946	5352	21048	25,4
1947	9790	26040	37,6

**Tabela 1 Taxa de frequência de acidentes de trabalho entre 1943-1947**

O fenômeno se explicava, segundo Valero, pela promulgação da lei n. 6 de 1945 (decretos regulamentares 841 e 1288, de 1946), que fixou as compensações por invalidez permanente causada por acidentes de trabalho. Do seu ponto de vista e de outros médicos<sup>268</sup>, os incentivos sociais tinham encorajado a simulação ao elevar o pagamento dos salários de dois terços para o integral durante o período de incapacidade. Pois se bem era “verdade que ao trabalhador doente não diminuía suas obrigações, é um fato que existe a tendência ao ócio, e é agradável receber uma remuneração sem que tenha sido ganha com o suor da frente”.<sup>269</sup>

<sup>266</sup> VALERO TAVERA, Pablo. Observaciones a la tabla de valuación de incapacidades y al régimen de accidentes del trabajo. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 7, p. 3–8, 1949.

<sup>267</sup> \_\_\_\_\_. Observaciones a la tabla de valuación de incapacidades y al régimen de accidentes del trabajo. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**. v. XI, n. 57-58, p. 168–185, 1949.

<sup>268</sup> QUINTERO SANABRIA. **Anotaciones a medicina del trabajo**. p. 72; JIMENO PEÑAREDONDA, Alberto. **La visión en la industria**. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1948, p. 177; CAMARGO, JAIME. **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 39.

<sup>269</sup> VALERO TAVERA, Un problema social op. cit..

A ausência de estatísticas oficiais sobre qualquer questão trabalhista não permite objetar os comentários de Valero acerca da suposta simulação no número de acidentes e, portanto, na “taxa de frequência dos acidentes c/100”. Em todo caso, deve ser dito que Valero confundiu a *frequência* com a *incidência* (ou a taxa de acidentes). Para avaliar a frequência dos acidentes, ele deveria ter considerado o número de acidentes para cada milhão de horas trabalhadas, um cálculo que era então comum.<sup>270</sup> Na verdade, a cifras de Valero são inúteis para representar a extensão do problema. Pode-se concluir delas que apenas em 1946 quase duplicou o número de segurados; e que naquele ano e no seguinte, saíram da insegurança social 12.379 trabalhadores. Por conseguinte, o maior número de assegurados correspondia a um maior número de acidentes, que puderam deixar o anonimato ou subregistros para começar a inchar as rudimentares estatísticas.

Deve ser dito também que o uso recorrente de modelos estatístico aponta, independentemente dos problemas metodológicos realçados, uma dificuldade que não se limita ao simples desvio de conceitos tais como a frequência ou a incidência. A dificuldade desses estudos é que eles procuravam estabelecer medidas em torno de um conceito ambíguo, impossível de ser delimitado, como o de “simulação”. Aquilo que Desrosières tem chamado de “convenções coletivas de equivalência”<sup>271</sup> não chega a ser definido como tal no caso da simulação. No entanto, este conceito ambíguo e controverso pode constituir a base para a atribuição de benefícios sociais ou para negar estes auxílios, a partir de observações pouco consistentes e estudos estatísticos pouco confiáveis.

Por outro lado, não é difícil imaginar que a promulgação da lei tenha causado alvoroço entre empresários e trabalhadores. Se o número de adesões ao seguro quase se quadruplicou, isso poderia ser justificado pelo crescimento da indústria colombiana, e a lei, obviamente, teve que pressionar setores muitas vezes relutantes a estar em conformidade com as leis trabalhistas. Aos trabalhadores, a lei n. 6 de 1946 unificou alguns aspectos da legislação laboral, incluindo várias questões relativas à

---

<sup>270</sup> ARAGÓN, Víctor; ARCHILA, Manuel. Informe que rinde el interventor nacional de petróleos y el jefe de la Oficina General del Trabajo al señor Ministro de Industrias sobre visita practicada en las instalaciones petrolíferas de Barrancabermeja. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. V, n. 39-44, p. 69-90, 1934.

<sup>271</sup> DESROSIÈRES, Alain. **Pour une sociologie historique de la quantification: l'Argument statistique I**. Paris: Presses de l'Ecole des mines, 2008.

assistência social e saúde, devendo ter gerado um tipo de impulso reivindicatório, de empoderamento para reivindicar direitos.

Finalmente, é interessante notar que o aumento de acidentes de trabalho também pode ser resultado de mudanças inerentes aos modelos de produção ou de organização do trabalho. Desde 1925, a empresa de cervejas Bavaria e outras indústrias colombianas com importantes capitais contrataram seguros de vida coletivos para empregados e trabalhadores<sup>272</sup>. Na cervejaria, cerca de 2000 acidentes de trabalho ocorreram em 1945. De acordo com Alberto Mayor Mora, os acidentes pareciam estar associados à saída dos técnicos alemães, mas a criação, em 1946, da Secretaria de Segurança e o estabelecimento de um programa intensivo de controle e incentivos “morais e materiais” permitiram que a acidentalidade se reduzisse a 789, em 1946, e 301, em 1947<sup>273</sup>. Existem muitas inconsistências nos dados e, portanto, pode-se duvidar da eficácia da estratégia industrial para reduzir a taxa de acidentes<sup>274</sup>. Mas tudo isso é irrelevante neste momento, é preciso destacar que as taxas de acidente podem crescer ou diminuir em razão do modelo produtivo, e não pela astúcia de alguns simuladores.

Os textos de Valero corroboram a ideia de uma construção social sobre a simulação. A classificação psiquiátrica funcionava como um dispositivo para reforçar a anormalidade e a conduta dos sujeitos. No âmbito do seguro de vida, o simulador passava a ser resultado da astúcia e não da patologia.<sup>275</sup> Da retórica científica, se passava para o mais claro substrato ideológico e político. Como diz Victoria Haidar, referindo-se à maneira como os médicos argentinos objetivaram o problema da

---

<sup>272</sup> LÓPEZ-URIBE, María del Pilar. **Salarios, vida cotidiana y condiciones de vida en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX**. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Historia, 2011, p. 184.

<sup>273</sup> MAYOR MORA, **Ética, trabajo y productividad en Antioquia**, op. cit., p. 174–175.

<sup>274</sup> Segundo Mayor Mora, não se sabe quantos empregados tinha a empresa quando ocorreram os 2000 acidentes. Presume-se que este valor corresponde a toda a empresa e seus consórcios espalhados em várias regiões do país. Isto porque a sede principal, em Bogotá, tinha 1280 trabalhadores em 1945. Enfim, a taxa dos acidentes é alarmante. Para se ter uma ideia, em 1928, a Tropical Oil Company teve 1136 acidentes, com 4000 trabalhadores.

<sup>275</sup> VILLA, **La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo**, op. cit., p. 172.

simulação, enquanto na moral burguesa, representada pelos médicos, “a saúde se revestia de um caráter sagrado, os trabalhadores poderiam ‘vender’ uma parte de seus corpos”.<sup>276</sup> Mas os trabalhadores não podem ser acusados de profanar seus corpos, eles seriam “seres ignorantes, que não ouviram a voz amigável, que os faz cair no grave erro em que incorrem com tal proceder”.<sup>277</sup> Esse teria sido, precisamente, o erro que cometeu o legislador colombiano: “não ter instruído os trabalhadores anteriormente”.<sup>278</sup>

No final só restaria elevar o nível cultural do trabalhador. Combater as idiosincrasias do povo. Impedir o trabalhador de entrar nas fileiras dos mendigos ou criminosos. Mas, acima de tudo, evitar que se tornasse um fardo ou um obstáculo social, e que contribuísse com seu trabalho para o bem-estar coletivo e a prosperidade da pátria. Isso poderia ser feito na escola, na fábrica ou no sindicato. A mensagem deveria ser clara, visível e persuasiva, como as exibidas nas páginas da revista *Salud y Trabajo*: “a compensação é sempre menor que a parte mais insignificante do seu corpo”; “simuladores adquirem medicamentos, mas se prejudicam quando estão doentes”; “simulação de acidentes, a longo prazo, só acaba prejudicando o próprio trabalhador”; “o dinheiro da indenização acaba em breve, a incapacidade o acompanha pela vida”.<sup>279</sup>

Mas houve ou não casos de simulação na Colômbia durante este período? Certamente devem ter acontecido, mas exceto a menção a ferimentos autoinfligidos por mineiros, as afirmações restantes a respeito não passam de especulações tendenciosas. É possível calcular o custo econômico da simulação? Não, porque cada acidente é um universo de possibilidades e incapacidade profissional, podendo alterar-se de um caso para outro. Na indústria, entretanto, questões como desempenho, produtividade e competitividade são muito valorizadas, assim, qualquer acidente representa uma ausência e um obstáculo na cadeia produtiva.

---

<sup>276</sup> HAIDAR, Victoria. Las pérdidas de jornadas de trabajo por enfermedad, una preocupación de larga duración (Argentina, 1930-2012). **Gaceta laboral (Maracaibo)**, v. 19, n. 1, p. 78–124, 2013, p. 101.

<sup>277</sup> VALERO TAVERA, Un problema social op. cit..

<sup>278</sup> QUINTERO SANABRIA, **Anotaciones a medicina del trabajo**, op. cit., p. 72.

<sup>279</sup> ARANGO SANÍN, Agustín, Duración de la incapacidad temporal, **Salud y Trabajo**, v. I, n. 10, p. 9–10, 1948.

## 2.4. Reflexões finais sobre acidentes de trabalho e medicina legal

Ao longo deste capítulo, foi possível observar os vazios ou critérios de exclusão da primeira lei social do país, n. 57 de 1915. Em resumo, os trabalhadores que não tinham direitos eram os que sofriam de lesão ou doença não imprevista e repentina, ou seja, uma “doença profissional”, causada pelo trabalho; aqueles que, apesar de executar um trabalho por conta alheia, careciam de contrato de serviços; até os anos 1930, os empregados e patrões com salários superiores a três pesos; os operários comprovadamente culpados pelo acidente; os que sofressem acidentes de força maior, estranha ao trabalho; os operários que prestavam serviços em empresas com capitais menores a mil pesos; os assalariados de empresas não contempladas no artigo 10, ou seja, todas as que não fossem de iluminação pública, aquedutos, ferrovias e bondes, licores, fósforos, arquitetura e construção, mineração e pedreiras, navegação, indústrias com força mecânica e de obras públicas nacionais.

A solução, como observam vários autores, era pagar a reparação por acidente de trabalho em todos os casos, mesmo que se pudesse provar a culpa do operário. Os opositores desta ideia sugeriam que assim se premiava o descuido e a falta de atenção do trabalhador. Os defensores da ideia, por sua parte, afirmavam que rejeitar a proteção ao trabalhador inválido e à família negava o fim social buscado pela lei. Estavam de acordo sobre o fato que, a longo prazo, era mais rentável pagar por todos os riscos, já que isto teria como consequência reduzir a “desmoralização” do operário, causa habitual do “acidente de trabalho intencional”, o “autolesionismo” ou a “simulação”. Além disso, havia que se considerar que, muitas vezes, a culpa era consequência da fadiga, das rotinas industriais produzidas pelo maquinismo e da inevitável familiarização com o perigo da máquina, que atenuava a precaução. A reparação pecuniária e a reeducação funcional dos incapacitados industriais eram o mínimo que se deveria fazer, como observaram alguns médicos; assim, a principal função da intervenção social neste campo deveria ser a prevenção da accidentalidade.<sup>280</sup>

As críticas e os exemplos elencados apontam o fracasso da lei. No entanto, são suficientes para afirmar categoricamente a ineficácia da primeira política social do país? No estado atual da pesquisa sobre esta

---

<sup>280</sup> ARISTIZABAL OSPINA, Fabio. **Legislación de los accidentes de trabajo**. Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, Editorial Aguila, Bogotá, 1939, p. 49.



questão na Colômbia, é empiricamente inviável inferir o pleno fracasso. Existem poucos registros sobre as atividades e os conflitos nesse campo. O pouco que se conhece foi publicado a partir de 1924, pelo Ministério da Indústria, e logo depois pelo jornal da *Oficina Nacional del Trabajo*. Seria melhor dizer que pode existir muito mais informações, mas estão dispersas pelos tribunais da justiça comum. A mesma condição de dispersão pode-se imaginar para o caso dos arquivos empresariais.

A solução à escassez de fontes, foi propor a análise crítica dos termos com que se manifestaram os contemporâneos. Para muitos deles, havia na lei vários problemas que limitavam sua aplicação. Outra possibilidade teria sido abordar os casos de acidentes de trabalho, analisar os debates periciais e as resoluções do escritório encarregado, tanto qualitativa quanto quantitativamente. Além de ser um trabalho dispendioso, não é o caminho para apreender o nível de aplicação ou resistência do patronato colombiano, pois, obviamente, tal atitude não foi expressa nos jornais institucionais.

Finalmente, as atas de visitas praticadas pelo inspetor de fábricas de Medellín, oferecem um panorama regional de 1919-1927 acerca da acidentalidade na indústria de Antioquia. Se se aceita o dito pelo inspetor as empresas cumpriam plenamente a legislação, no entanto, se percebe um problema neste tipo de fonte. A forma como se expressava este tipo acontecimentos disse muito pouco acerca da indenização. No onze de julho de 1920, Luis Escobar, operário da *Fábrica Tejidos Rosellón* perdeu duas terceiras partes do dedo anular da mão direito “ao verificar um trabalho na maquina lubrificadora”. De acordo com o inspetor de fábricas, Daniel Vélez, o administrador deu conta do acidente ao Juiz Municipal e ao Dr. Eduardo Uribe, cumprindo o artigo 12º da Lei 57 de 1915 “afim de prestar ao incapacitado a assistência médica imediata”<sup>281</sup>.

No que diz respeito à legislação sobre acidentes de trabalho, as críticas à legislação do trabalho permitem entender as fragilidades atuais do sistema. Em 2006, no Sistema Geral de Riscos Profissionais da Colômbia<sup>282</sup>, havia aproximadamente 5 milhões 638 mil afiliados, o seja

---

<sup>281</sup> Archivo Histórico de Antioquia. Fondo Inspección de Fábricas. Tomo 8930. Acta 133 del 5 de julio de 1920.

<sup>282</sup> Segundo o Decreto-Lei 1295 de 1994, modificado pela lei n. 1562 de 11 de julho de 2012, o sistema é o “conjunto de entidades públicas e privadas, normas e procedimentos, destinados a prevenir, proteger y atender aos trabalhadores dos efeitos das doenças e acidentes que possam acontecer-lhes com ocasião ou como consequência do trabalho que desenvolvem”.

32% dos trabalhadores do país estavam cobertos pelo sistema. A porcentagem de não afiliados era preocupante, porque os indicadores de sinistralidade no lugar de trabalho tinham aumentado desde 1990.<sup>283</sup> Os problemas continuavam sendo os mesmos que os da primeira metade do século XX: alta evasão e elisão do sistema, assim como imprevisão ou ausência de mecanismos efetivos de prevenção de acidentes e doenças no trabalho. Para mencionar um caso concreto, em 2012, a Unión Sindical Obrera de la Industria del Petroleo (USO) informou que as multinacionais petrolíferas não estavam reportando acidentes nem doenças ao sistema de riscos.<sup>284</sup> Um problema sobre o qual já se manifestavam os operários da mesma empresa, nas grandes mobilizações de fins dos anos 1920.

Na segunda parte do capítulo, sobre perícias, acidentes e hérnias no contexto do direito à saúde (Colômbia 1915-1946), descreveram-se os princípios da perícia médico-legal. Destacaram-se os recursos que, em teoria, o médico devia usar na avaliação das doenças no trabalho, ou seja, os elementos de uma espécie de deontologia do trabalho médico-legal. Buscou-se, assim, mostrar a aplicação dessa deontologia e a distância entre o modelo idealizado e as fragilidades do discurso médico na objetivação de um acidente/doença como a hérnia. O que se observou primeiramente no debate sobre as hérnias é que, mais que pensar nos aspectos etiológico ou patogênico, os especialistas do trabalho se interessavam principalmente em saber como enquadrava a doença nas definições de acidente e de doença profissional. Para eles, a hérnia existia menos como entidade mórbida do que como noção jurídica, absolutamente abstrata.

O segundo aspecto interessante foi observar a permanência sutil da velha ideia do corpo máquina/corpo motor, confrontada então pela iluminadora e, por sua vez, prosaica ideia do fator humano. Iluminadora porque rompia com a ideia de máquina que trabalhava oito horas por dia, colocando no horizonte um operário que era membro de uma sociedade e que, num mesmo dia, trabalhava, se instruía, se divertia e descansava. Mas ao mesmo tempo, a ideia de fator humano podia ser prosaica, já que a linha que dividia prevenção da acidentalidade/economias para o patrão e a seguradora se tornava praticamente invisível. Por outro lado, porque construía um complexo

---

<sup>283</sup> MOLINA, Carlos Ernesto. La inspección del trabajo en Colombia. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. n. 6, p. 65–92, 2008, p. 84.

<sup>284</sup> LUNA-GARCÍA, *Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951*, op. cit., p. 200.

perfil do operário, baseado em aspectos biotipológicos ou psicofisiológicos, cujas desastrosas consequências se podem ilustrar com a expressão “eugenia laboral”.

Além das hérnias, as fontes sugerem que os médicos tiveram grande interesse em identificar teórica, clínica e experimentalmente os casos de simulação. Temática que foi parte final deste capítulo. Para os médicos colombianos, a simulação era um processo psicológico bastante comum entre os trabalhadores. Consistia em reproduzir ou imitar transtornos psicopatológicos, sintomas ou a incapacidade resultante de uma doença, com o propósito de obter maiores benefícios econômicos.<sup>285</sup> Como tipos de simulação, os médicos descreveram a *pretextação* e a *sinistrose*.<sup>286</sup> A pretextação consistia em atribuir a um risco profissional presente uma lesão ou afeção anteriormente existentes. Diferente da simulação ou mentira, a pretextação se realizava com firme convencimento da causalidade, ou seja, o trabalhador não atuava por má-fé. Já a sinistrose, ou as neuroses de indenização, consistia na fixação de uma ideia reivindicatória, com o convencimento de que se tinha direito à indenização. Para o dr. Jaime Camargo, sua causa era psicogênica, provinha de uma “ideia força”. Mais que doença, disse Camargo, tratava-se de um transtorno transitório, derivado de auto e hetero-sugestão, além da fixação da ideia força num temperamento paranoico. Em poucas palavras, o sujeito seria vítima da interpretação e não do risco.<sup>287</sup>

De outro ponto de vista, a simulação poderia fazer parte de um conjunto de respostas ou reações do trabalhador ao ambiente opressivo gerado pelos modelos racionais de produção. Além da simulação, é possível mencionar: absenteísmo, produtividade e desempenho baixos, aumento de tempos mortos, manifestações contínuas de irritação, rotação laboral, consumo de álcool e substâncias psicoativas, entre outras. Ou seja, trata-se de negociações ou atos de resistência e independência de espírito para sobreviver à pressão do meio de trabalho. Mas dada sua complexidade, a temática não foi aqui analisada.

Na forma como foi resolvida a questão da simulação, percebe-se houve um paulatino deslocamento do fisiológico ao psicofisiológico. Tal movimento obedece um processo de “psicologização” da medicina do

---

<sup>285</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 35.

<sup>286</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales** op. cit.; CALDERÓN REYES, **Estudio medico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo** op. cit..

<sup>287</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 36–38.

trabalho, que se manifestou nos anos 1940, com o auge da orientação profissional, da psicotécnica e da perda de vigência da metáfora do motor humano em função do fator humano. Em segundo lugar, observa-se que a simulação, no contexto da previdência social, funciona como um dispositivo de limitação dos serviços ou privação de direitos. Esta perspectiva respondeu com maior precisão às necessidades do enquadre “qualitativo” dos usuários dos serviços de saúde e dos interesses econômicos que regiam o funcionamento das companhias de seguros.

Finalmente, pode-se dizer de toda esta reflexão sobre hêmias e simulação ou em relação aos acidentes de trabalho: que permite compreender a maneira como se criam “falsos” problemas sociais e apropriações de ideologias científicas para justificar formas de intervenção social. Por exemplo, analisar o processo de formação e apropriação a simulação na Colômbia mostra a “condicionalidade histórica” das escolhas empírico-teóricas<sup>288</sup>, algo bastante perceptível na forma como se objetivaram as doenças profissionais, aspecto analisado no próximo capítulo.

---

<sup>288</sup> Veja-se CANGUILHEM, Georges. **Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias**. Buenos Aires: Amorrortu, 2005, p. 57; FLECK, Ludwik. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento**. Madrid: Alianza, 1986, p. 55.

### CAPÍTULO 3. A OBJETIVAÇÃO DAS DOENÇAS PROFISSIONAIS (1931-1945)

Em 1910, foi realizado o II Congresso Internacional de Doenças Profissionais, na cidade de Bruxelas<sup>289</sup>. Médicos da Alemanha, Itália, França, Suécia, Espanha, Bélgica, Peru, entre outros, reuniram-se para discutir a diferença entre os acidentes de trabalho e as doenças profissionais. O primeiro encontro ocorrera em 1903, quando se criou a *Comissão Internacional Permanente para o estudo de doenças profissionais*. Na agenda, foram incluídos aspectos como a definição clínica da doença profissional; a dificuldade de se estabelecer os limites legais, por conta da falta de investigações; a necessidade de institutos de pesquisa e consolidação, dentro das Caixas de Seguros, das estatísticas do trabalho; a função do Estado perante o problema das doenças profissionais.

Nesse último aspecto, consideravam alguns dos médicos assistentes que a solução estava no seguro alemão de cobertura absoluta. Outros julgavam mais adequado o modelo inglês de compensação parcial, que reconhecia estritamente as doenças profissionais. Os mais práticos sugeriam que todas as doenças profissionais fossem vistas como acidentes de trabalho e “cobertas pelo seguro obrigatório”, o que constituía não “somente um ato de justiça social, mais também a melhor maneira de desenvolver medidas profiláticas”.<sup>290</sup>

É indiscutível a riqueza histórica desses congressos, mas para o argumento deste capítulo, importa que os representantes das diferentes nações concluíram que os acidentes de trabalho estavam em oposição às doenças profissionais. Os primeiros seriam causados por perturbações intempestivas externas, produzidas no exercício do ofício ou profissão, ao passo que as segundas resultavam do exercício de uma profissão, ação incessante ou repetida de insalubridade do trabalho, do ambiente profissional e dos produtos manipulados.

Vista assim, a questão estava relativamente clara. As doenças profissionais eram consequência de uma ação corrosiva, prolongada no tempo, enquanto os acidentes resultavam de um fato repentino e violento. Tratava-se de uma diferenciação concisa e útil em termos clínicos. Não obstante, eticamente inútil, pois na opinião de muitos

---

<sup>289</sup> ÚBEDA Y CORREAL, José. **El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)**. Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914, p. 11.

<sup>290</sup> Ibid., p. 36.

médicos, tantos os acidentes quanto as doenças deveriam ser indenizados. Afinal, ambos eram estados morbosos produzidos pelo trabalho, mais concretamente, pelo risco do trabalho.<sup>291</sup>

Quase trinta anos depois, o médico mexicano José Torres Torrija, em artigo publicado num jornal colombiano, perguntava se a malária seria uma doença profissional e afirmava que definir este grupo de doenças era uma das tarefas mais difíceis da medicina do trabalho.<sup>292</sup> Para sustentar sua hipótese, Torres mencionava uma dezena de autores, que, em diferentes momentos da história, tentaram defini-las, dando destaque ao caráter repetitivo do agente causal, destacando o ofício ou a profissão como principal produtor das doenças.

Em torno dos anos 1920, começou-se também a falar das “doenças do trabalho”. O novo grupo incluía aquelas doenças que, não sendo resultado da influência direta e continuada do tipo de trabalho, podiam resultar da pressão do meio no qual este se realizava e das predisposições orgânicas. Dessa maneira, entravam no horizonte as patologias nas quais o trabalho, com sua ação desgastante, acentuava determinadas taras ou simplesmente as exteriorizava. Era o caso, por exemplo, das hérnias. Por outro lado, incumbia à nova forma de olhar os mal-estares produzidos pelo trabalho aquelas patologias epidêmicas e endêmicas possibilitadas por certo tipo de atividade profissional. Pense-se, por exemplo, na ancilostomíase, na malária ou na febre amarela.

Ante este panorama, compreende-se por que o Comitê de Assuntos do Trabalho da Liga das Nações afirmava, nos anos 1940, que a definição da doença profissional levava unicamente a discussões desnecessárias, e era melhor que os países elaborassem uma listagem de doenças como base para seu reconhecimento.<sup>293</sup> Dessa maneira, a Liga das Nações somava-se aos médicos que, em diferentes momentos e lugares, tinham se manifestado pela eliminação dessas categorias, em favor de outras mais abrangentes e inclusivas em termos sociais, como a noção de “riscos profissionais”.

---

<sup>291</sup> VILLA, La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo, op. cit., p. 20.

<sup>292</sup> TORRES TORRIJA, Jorge. ¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?. *Revista Médica de Medicina y Cirugía*. v. IV, n. 8, p. 31–42, 1938.

<sup>293</sup> CAMARGO, Jaime. *Enfermedades profesionales*, op. cit., p. 11; ARANGO SANÍN, Agustín. *Enfermedades profesionales*. *Salud y Trabajo*. v. I, n. 6, p. 2–3, 1948.

A listagem como solução, certamente atrativa, era também um problema. Por um lado, diminuía uma discussão que se tornava bizantina, mas por outro, insinuava a possibilidade de se definir, antecipadamente, a relação entre corpo e trabalho, que a todas as luzes era absolutamente dinâmica. Mas se compreende que essa não era a intenção da agência internacional. O comitê tinha razão, ao menos no que dizia respeito às discussões desnecessárias em torno da definição.

Disso, pode-se concluir que a prematura definição médica de doença profissional antecipou clinicamente, e com fins operacionais, a heterogeneidade das doenças relacionadas com o trabalho. Mas para que esses avanços no campo médico tivessem sentido, era preciso o reconhecimento legislativo deste tipo de doenças. Algo que pode parecer óbvio, mas é necessário lembrar que as doenças profissionais, assim como os acidentes do trabalho, existem paralelamente no âmbito jurídico e no campo médico. Não em vão, o papel do médico é provar plenamente a relação causal entre trabalho/meio e a afeção morbosa.<sup>294</sup>

A intenção não é afirmar que estes fatos sejam um fenômeno exclusivamente jurídico. É evidente que existe, na vida dos trabalhadores, um conjunto de fenômenos infortunados, relacionados ao meio no qual estão inseridos. Assim como também existe um objeto de pesquisa médica, que são as doenças dos trabalhadores. Também é certo que novas condições ambientais ou industriais podem fazer novas doenças emergirem. Mas o que parece ter acontecido, em relação às doenças do trabalho na Colômbia, foi que estas começaram a ser reconhecidas e observadas com maior interesse nos anos 1930 e 1940, quando já eram um problema político e jurídico na maior parte do mundo.

Em termos médicos, isso pode expressar-se com a definição “doença emergente”: existia antes de sua primeira descrição, mas escapava ao olhar médico porque não podia ser conceituada como

---

<sup>294</sup> Interessante porque insinua a discussão de autoridade entre advogados e médicos. León Lattes insiste que Ramazzini já tinha descrito patologias do trabalho quando os legisladores nem vislumbravam o assunto. Não vamos resolver a questão, mas o problema de Lattes é crer que Ramazzini estava já falando no mesmo estatuto de verdade que os médicos do século XX. Sobre Lattes, ver MENESES FRANCO, Efraim. **Enfermedades y accidentes de trabajo**. Tesis de Derecho, Universidad Externado de Colombia. Editorial Prensa Católica. Bogotá, 1949, p. 29. Sobre Ramazzini, ver VINCENT, Julien. Ramazzini n’est pas le précurseur de la médecine du travail. **Genèses**. v. 4, n. 89, p. 88–111, 2012.

doença; sua existência foi percebida somente como resultado de uma avaliação qualitativa e/ou expressões quantitativas; existia em uma determinada região do mundo e foi introduzida em outra região; não existia em qualquer população humana, mas afetava uma população animal; era absolutamente nova, e o germe causante e/ou as condições ambientais não existiam antes das primeiras manifestações clínicas.<sup>295</sup>

Deste ponto de vista, as doenças profissionais têm lugar no século XX colombiano pelo menos por duas razões. Primeiro, por reemergirem à luz de uma nova classificação, consequência da nova perspectiva médico social e jurídica das doenças do trabalho. Em sentido estrito, não eram totalmente desconhecidas para os especialistas, mas ocupavam um lugar secundário, distante ou diferente nas preocupações médicas. Portanto, eram praticamente inexistentes em sua relação com o mundo do trabalho. Segundo, certo desequilíbrio patocenótico<sup>296</sup> produziu novas condições na produção industrial que conduziram à emergência de novas doenças. Pense-se, por exemplo, no amianto e nas intoxicações relacionadas à utilização de novos produtos químicos na indústria.

Em síntese, como disse Torres, a higiene e a medicina do trabalho ingressaram em novas trilhas, e assim, ao lado de patologias que antes eram familiares, o médico verá “aparecer entre as populações de trabalhadores, confiados a sua tutela, perturbações patológicas novas, cuja origem lhe passava despercebida”. O desafio era então cuidar do “fator humano na lavoura cotidiana”<sup>297</sup>.

Neste capítulo, se analisa a legislação sobre doenças profissionais na Colômbia. Mostra-se a lentidão do Estado colombiano para legislar nesse campo, e as críticas que os contemporâneos fizeram à lei. Igualmente, investiga-se o processo de objetivação das doenças profissionais por parte dos médicos colombianos. Interessa analisar como eles se inseriram num horizonte jurídico e de reflexão sobre o corpo do trabalhador, que já era motivo de debate em praticamente todo o mundo. Finalmente, se observa o estado das pesquisas sobre doenças

---

<sup>295</sup> GRMEK, Mirko. Le concept de maladie émergente. **His Philos Life Sci.** v. 15, p. 281–296, 1993.

<sup>296</sup> O conceito de “patocenose” é o conjunto de doenças que, por mais de um período histórico, afeta uma população em um determinado espaço. Veja-se GRMEK, Mirko; SOURNIA, Charles, Las enfermedades dominantes. In: **Histoire de la pensée médicale en Occident.** Paris, Francia: Seuil, 1999, v. 3, p. 271–293.

<sup>297</sup> TORRES TORRIJA, ¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?, op. cit., p. 40–41.



profissionais na Colômbia no período e inclui-se uma aproximação entre duas patologias, a ancilostomíase e a tuberculose.

Para este capítulo, se escolheram como datas limite 1931 e 1945. A primeira corresponde à lei n. 129, que a historiografia colombiana destaca como decisiva para o reconhecimento das doenças profissionais. A segunda data alude à Lei n. 6, pela qual o legislador colombiano assumiu um compromisso positivo com as doenças profissionais.

### **3.1. Mitos e fatos da legislação nacional sobre doenças profissionais**

Há leis míticas que casam perfeitamente com a ideia de uma República Liberal, voltada à solução dos problemas da classe operária. Concretamente, as Leis n. 129, de 1931, e n. 10, de 1934, sobre a saúde dos trabalhadores, têm desorientado vários pesquisadores.

Com a Lei de 1931, o Estado colombiano ratificou “várias Convenções adotadas pelas Conferências Internacionais do Trabalho, nas Sessões 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 11”. O projeto de lei foi aprovado com muita facilidade, sem maior oposição política ou debate parlamentar e nem uma discussão criteriosa acerca das implicações<sup>298</sup>. Isto foi surpreendente, porque toda a política social na Colômbia passou por lentos e traumáticos processos no parlamento. Mas explica-se isso pelo fato de que nada do que se colocava nessas convenções era desconhecido para os parlamentares, e sobre vários desses assuntos já se tinha legislado.

Com efeito, a OGT informara, desde 1928, as muitas vantagens e poucas desvantagens de se adotar as resoluções deste organismo internacional, insistindo ademais na necessidade de atualização da legislação nacional à luz de tais preceitos. Nesse sentido, o mesmo organismo apresentou, em 1929, um avançado e extenso projeto de Código do Trabalho, que vinha sendo elaborado havia, pelo menos, quatro anos. O dito projeto passou, em 1930, a ser revisado por uma Comissão Especial do governo formada por Juan de Dios Carrasquilla e Alberto Portocarrero, representantes da Sociedade de Agricultores da Colômbia e do Comitê Nacional de Cafeeiros, e por Tomás Uribe Márquez e Leandro Médina, representantes dos operários.<sup>299</sup>

---

<sup>298</sup> HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, op. cit., p. 94–95.

<sup>299</sup> AVELLA GÓMEZ, *Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990* op. cit..

Na lógica da OGT, a ratificação dos convênios e a do código do trabalho deviam estar unidas. Não obstante, o parlamento ratificou os convênios ao passo que o projeto de código de trabalho foi adiado indefinidamente. Este aspecto ilustra a forma como “a correlação de forças sociopolíticas existentes em cada país”<sup>300</sup> tem influência no reconhecimento efetivo dos modelos de intervenção social difundidos pelos organismos internacionais. Todavia, além dessa dinâmica sociopolítica, as coisas aconteceram como se o código tivesse dado um impulso indireto para a aprovação da lei n. 129. Desse modo, se materializava uma ação positiva que, na prática, era claramente menos radical, visto que a adoção das convenções não necessariamente se traduzia em ações imediatas ou leis positivas.

Entre as questões tratadas pelos convênios da OIT, mas que não eram novidade no país, estavam as leis sobre acidentes de trabalho (1915), trabalho infantil (1924), jornada laboral (decreto 1827 para trabalhadores oficiais) e descanso dominical (1931). Outros aspectos tiveram que esperar um processo relativamente mais longo, como a jornada laboral de oito horas (1934), a proteção a mulheres grávidas e no período da lactação (1938).<sup>301</sup>

Não cabe aqui analisar em detalhes como se traduziram todas as convenções da OIT no quadro da legislação laboral colombiana. Pode-se afirmar que o processo foi bastante heterogêneo, ao passo que, em sentido estrito, pouco renovador. Ratificou-se o que já estava pronto, e os assuntos importantes foram deixados para muito depois. Entre estes, as reformas necessárias em relação à saúde dos trabalhadores.

O convênio 018 de 1925, sobre doenças profissionais, determinava que se garantisse às vítimas deste tipo de patologias uma indenização baseada nos princípios gerais da legislação nacional sobre acidentes de trabalho. Acrescentava que o valor de indenização não seria inferior ao valor dos acidentes. Cada membro da OIT estava livre, no entanto, para adotar ou adaptar o pagamento por acidentes e doenças às condições nacionais. Finalmente, foram descritas três doenças e

---

<sup>300</sup> HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada* op. cit..

<sup>301</sup> Há que se dizer que as leis que protegiam mulheres e crianças (artigos 4 e 5 da lei n. 48 de 1924, e artigos 20 a 24 da lei n. 79 de 1926) eram deficientes e poucas cumpridas, por conta da falta de inspetores do trabalho, “que vigiariam de uma maneira direta a obediência que se presta às leis.” REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria presentada al Congreso de 1924**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1924, p. 66.

sustâncias tóxicas: intoxicação por chumbo, intoxicação por mercúrio e infecção carbúnculo. Cabe dizer que o grupo de doenças incluídas pela OIT vinha de uma classificação “limitada e prudente”, que não afetava muito o desenvolvimento da indústria, segundo a Junta de Representantes da OGT.<sup>302</sup> Ao ratificar o convênio, o Estado colombiano comprometia-se a pagar indenização por incapacidade ou morte em caso de doenças profissionais, pois, segundo o artigo 5, a ratificação obrigava a tomar as medidas necessárias para o cumprimento das duas primeiras disposições.

Interessante que, dois anos depois, em 1934, Cirilo Mogollon reivindicou uma indenização à empresa Colombia Petroleum Company por doença profissional. O inspetor do trabalho de Santander del Norte, inspirado pelos ventos de mudança social ou por falta de conhecimento rigoroso da lei, decidiu que Mogollon tinha direito a ser indenizado pela petrolífera. O representante legal apelou e obteve como resposta do DNT a revogação da indenização, com o argumento de que o legislador colombiano reconhecia o dever de reparar os acidentes de trabalho, mas

não tinha consagrado em normas positivas o direito [...] de receber indenização quando as consequências forem o efeito das doenças profissionais. Não existe em nossa legislação social alguma lei que obrigue os proprietários dos meios de produção a indenizar seus operários nos casos em que eles contraíam uma doença profissional.<sup>303</sup>

Com efeito, não havia lei concreta sobre doenças profissionais, excetuando-se, segundo Luis Tarazona, as leis n. 4 de 1931, n. 133 de 1931 e a resolução n. 687, de outubro de 1933, do conselho administrativo dos Ferrocarriles Nacionales.<sup>304</sup>

A lei n. 4 cuidava que os trabalhadores das indústrias de petróleo doentes ou depois de um acidente não fossem despedidos sem ter completado a convalescença ou “mediante indenização de duas

---

<sup>302</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO, *Convenciones Internacionales sobre el trabajo*, op. cit..

<sup>303</sup> BARÓN, Campo Elías **Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia**. Bogotá: Editorial ABC, 1939, p. 207.

<sup>304</sup> TARAZONA, Luis. **Responsabilidad común y responsabilidad por accidentes de trabajo**. Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, Bogotá, 1939, p. 56.

mensalidades, pelo menos, de salários e dos gastos de transporte ao primeiro centro povoado onde haja médicos e hospitais”<sup>305</sup>. A resolução n. 687 dispunha para os ferroviários o auxílio em caso de doença e uma pensão mensal, intransferível e por toda a vida. Com respeito à lei n. 133, o artigo 5 ordenava reconhecer o seguro de vida por até três meses depois da demissão do empregado ou operário da respectiva empresa, quando fosse motivada por doença ou acidente. Se o trabalhador provasse com parecer de médicos titulados que a doença que levou à demissão foi adquirida em razão das funções que desempenhava, ou seja, quando se tratasse de uma doença profissional, o seguro era ampliado até seis meses depois da demissão.

Na opinião de Gustavo Restrepo, o problema destas normas era citarem de maneira “acidental” as “doenças profissionais”, porque não havia um conceito autorizado sobre este tipo de afecção e menos ainda uma regulamentação do direito positivo. Em decorrência, as doenças profissionais tinham que ser assimiladas às doenças genéricas, para as quais não havia indenização, ou a necessidade de se comprovar, segundo a resolução 37 de 1937 (do Departamento Nacional do Trabalho), que a “doença tinha uma indiscutível, definida e inegável vinculação de causalidade com o trabalho desempenhado.”<sup>306</sup> Esta prova estava a cargo do trabalhador, o que insinua, sem dúvida, a imprevisão do legislador. Em conclusão, as prestações patronais terminavam por limitar-se a “misérrimos auxílios nos períodos agudos, ou, no caso de empregados oficiais, a curtas licenças remuneradas, com salários incompletos, quando a incapacidade temporal não passava de seis meses”.<sup>307</sup>

Em 1934 formulou-se a lei n. 10, pela qual se estabeleciam alguns direitos para os empregados particulares, ou seja, para “toda pessoa que, não sendo operário, realize um trabalho por conta de outra pessoa ou entidade, fora do serviço oficial, em virtude do soldo ou remuneração periódica ou fixa, participação em benefícios ou qualquer outra forma de retribuição”<sup>308</sup>. O seguro de doenças dos empregados,

---

<sup>305</sup> Ibid.

<sup>306</sup> RESTREPO GÓMEZ, Gustavo. **Apuntes sobre enfermedades profesionales**. Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1944, p. 9–11.

<sup>307</sup> SILVA, **Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana**, op. cit., p. 38.

<sup>308</sup> BARÓN, **Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia**, p. 513–515.

trabalhadores da indústria, do comércio e dos serventes domésticos, que estava no Convênio 024 de 1927, não era levado em conta neste limitado seguro contra as doenças da classe média.

Mas o mito dessa lei foi relativamente maior no que diz respeito às doenças profissionais. Ao reconhecer o auxílio-doença para os empregados particulares, tendia-se a pensar que, por extensão, se reconheciam as doenças dos trabalhadores em geral. Alguns autores confundem empregado particular com trabalhador em geral, outros, assimilam doenças do trabalho e doenças profissionais, duas coisas absolutamente diferentes.

Com a norma de 1934, foram beneficiados os que eventualmente tinham sido excluídos da lei n. 57 sobre acidentes de trabalho, em razão de salários maiores que três pesos diários. É importante esclarecer que a lei n. 133 de 1931 eliminou o critério salarial como fator diferencial. Ao mesmo tempo, se excluíram os operários, alegando que eles já tinham muitos direitos. Curiosa forma de redistribuir o que não se possuía, promovida por Jorge Eliecer Gaitan, a figura mais importante do populismo colombiano e defensor das demandas da classe média naquela época.<sup>309</sup>

Em 1946, o Estado colombiano legislou pela primeira vez sobre a proteção social para as doenças profissionais.<sup>310</sup> No interregno, tentou-se legislar sobre as doenças dos trabalhadores, porém, liberais tão vanguardistas como Alejandro López foram reticentes, afirmando que era preciso ajudar o patrão para poder ajudar o operário.<sup>311</sup> Se isto era o que pensava o engenheiro López, defensor das leis sobre acidentes de trabalho e do intervencionismo estatal, é possível imaginar-se a timidez pacata do liberalismo da revolução em marcha no que tangia a estes assuntos.

Em definitivo, o legislador célere sobre acidentes do trabalho foi absurdamente lento para definir o que fazer a respeito das doenças profissionais. Em comparação com outros países do continente, a Colômbia foi, provavelmente, o último país a reconhecê-las. Para se ter uma ideia, legislaram sobre o assunto a Argentina, em 1915; o México, em 1917; o Chile, em 1924; e o Brasil, em 1934. A Colômbia, por sua

---

<sup>309</sup> HERNÁNDEZ, **La salud fragmentada**, op. cit., p. 112.

<sup>310</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. **Revista de la Facultad de Medicina**. v. XVII, n. 2, p. 15–37, 1948, p. 4.

<sup>311</sup> MAYOR MORA, **Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)**, op. cit., p. 540.

vez, fez esse desluzido ato de adoção das convenções da OIT em 1931 e, logo depois, um antidemocrático reconhecimento das doenças não profissionais da classe média.

A correlação de forças sociopolíticas existentes no país explica por que demorou tanto para que o legislador intervisse nesse campo do direito social. Isto se pode inferir da análise do historiador Hernández sobre os debates parlamentares em torno da legislação sobre a saúde. Para os contemporâneos, porém, o atraso legislativo se justificava por questões técnicas. Emilio Morales citava, em 1937, o caso da França, que demorou cerca de trinta anos para legislar sobre o assunto.<sup>312</sup> Para ele, antes de legislar, era necessário levantar as estatísticas sobre as doenças profissionais e as indústrias que as produziam, “então, sobre bases científicas, enumerá-las em uma lei especial. De outro modo os abusos seriam incontáveis”.

### **A lei n. 6 de 1945: finalmente, uma legislação sobre doenças profissionais**

Ainda que sem estatísticas ou monografias, como sugerira Morales, o artigo 12 da lei n. 6 de 1945 legislou sobre doenças profissionais. O artigo estava dividido em duas partes. A primeira redefinia os acidentes de trabalho e as indenizações. A segunda parte determinava que as indenizações por doenças profissionais fossem em proporção ao dano sofrido, até o equivalente ao salário de dois anos; além da assistência médica, terapêutica, cirúrgica e hospitalar a que tivesse lugar e a duas terças partes do salário, enquanto tal assistência fosse obrigatória, sem ultrapassar seis meses.<sup>313</sup> Definia também que doenças profissionais eram aqueles estados patológicos sobrevividos do tipo de trabalho que desempenhava o indivíduo, ou do meio no qual tinha sido obrigado a trabalhar, fossem causados por agentes físicos, químicos ou biológicos. Por último, determinava que o governo, com ajuda da Academia Nacional de Medicina, elaboraria uma tabela de avaliação dos acidentes e doenças profissionais. A lei enfatizava que

---

<sup>312</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo*, op. cit., p. 1.

<sup>313</sup> No ano seguinte, a lei n. 64, parágrafo (a) do artigo 4º, estabeleceu que seria o salário completo, por até seis meses. A medida foi bastante criticada, pois se acreditava que isso incitava a vagância e retardava a recuperação da saúde do trabalhador, que terminava por acostumar-se a ganhar o salário sem o suor. ARANGO SANÍN, *La medicina del trabajo*, op. cit., p. 5..

apenas seriam “presumidas” como doenças profissionais aquelas incluídas na tabela, “enquanto o empregador não extinga tal presunção”. No caso de “outras entidades patológicas de origem ocupacional”, se presumiria que não eram profissionais, “enquanto o trabalhador não demonstre que concorrem as condições previstas na lei, para que sejam tidas como profissionais”. Excetuando as doenças endêmicas e as epidêmicas, que eram somente consideradas como profissionais quando adquiridas pelos encarregados de combatê-las, em razão de seu ofício<sup>314</sup>.

Para Agustín Arango Sanín, médico especialista em questões laborais e diretor da revista *Salud y Trabajo* da Compañía Colombiana de Seguros de Vida, a legislação era defeituosa, pois permitia que doenças tropicais como a malária ou a ancilostomíase fossem consideradas profissionais. Em contrapartida, esclarecia Arango, o legislador tinha compreendido sabiamente que, num país tropical, estas doenças eram endêmicas e epidêmicas, e, para evitar consequências graves na economia agrícola, fez a ressalva: “somente se consideraram profissionais quando se adquirem pelos encarregados de combatê-las em razão de seu ofício”.<sup>315</sup>

Pelo contrário, Guillermo Sarmiento López, subdiretor da DNMHI, manifestava surpresa frente à ressalva que fez o legislador, dado que a medida excluía cultivadores e colhedores de café, desvirtuando o objetivo social da legislação e contrariando a realidade nacional.<sup>316</sup> De fato, o setor agrícola empregava mais de 70% da população economicamente ativa, estimada em 4.475.483. Destes, 73,5% eram agricultores, 11,7 trabalhavam na indústria, 5% em serviços, 3,5% no comércio, 0,4% em atividades extrativas (incluindo petróleo) e 4,7% se dedicavam a outras atividades.<sup>317</sup>

O decreto n. 841 de 1946 cumpriu o previsto na lei n. 6. Além de estabelecer os critérios de avaliação dos acidentes de trabalho, definiu como doenças profissionais: carbúnculo, tuberculose, actinomicose, antracose, silicoses, tétanos, siderose, tabacose, várias dermatoses,

---

<sup>314</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Nueva Tabla de Valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban. **Colombia Medica**, v. V, n. 6, p. 196–200, 1946.

<sup>315</sup> \_\_\_\_\_. Enfermedades profesionales op. cit..

<sup>316</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Enfermedades profesionales, op. cit., p. 3.

<sup>317</sup> HERRNSTADT, Ernesto. The Problem of Social Security in Colombia. **International Labour Review**. v. 47, n. 1, p. 426–449, 1943, p. 427.

vários tipos de oftalmias, escleroses do ouvido médio, intoxicações<sup>318</sup>, doenças e lesões produzidas pelos raios X e substâncias radioativas, traumatismos, hígroma de joelho, câimbras profissionais.

As críticas surgiram imediatamente. Observadores especializados, como Jorge Vergara, consideravam que a classificação tinha erros importantes nos artigos sobre antracose, silicose, siderose e tabacose. Sobre a antracose, Vergara argumentava que não havia dúvida de que a absorção de pó de carvão não era patológica, no entanto, associada ao pó de sílice, podia predispor à tuberculose, por isso, recomendava usar a categoria de antraco-silicoses, incorporada no artigo 6 sobre as silicoses. Questionava também a falta de normas para o pagamento das compensações para silicoses. Há necessidade de se aprofundar nos elementos de que dispunha o perito para julgar os casos de silicoses e a importância de se uniformizar as técnicas radiográficas. Finalmente, com respeito às profissões que o legislador considerou susceptíveis de sofrer de silicose (mineradores, marmoreiros, vidreiros, canteiros, caieiros, afiadores, areeiros e trabalhadores de fábricas de cimento e cerâmica), estimou-se que deveriam ser excluídos do grupo os marmoreiros, caieiros e areeiros, pois as partículas de carbonato de cálcio e cal, assim como as de ferro e gesso, não representariam graves problemas para saúde, exceto quando acompanhadas de pó de sílice. Sobre os trabalhadores do cimento, assegurava o perito que não havia provas que permitissem saber se as condições do trabalho na Colômbia eram comparáveis às de outros países. Pediu, então, para adiar a inclusão.

Quanto à siderose, tipo de pneumoconiose produzida pelo ferro, avaliou desnecessário incluí-la, por não existir literatura médica que sustentasse a classificação como doença profissional. A respeito da tabacose, os argumentos foram os mesmos: não existiam provas científicas que a definissem como doença profissional. Isso contrastava com a visão de outros médicos, que observavam duas etapas de intoxicação nos operários das manufaturas de tabaco – a primeira, de “aclimação”, marcada por enjoo, vômito, cólicas; na segunda etapa,

---

<sup>318</sup> Por amoníaco, ácido fluorídrico, vapores clorosos, anidrido sulfuroso, óxido de carbono, arsênico, chumbo, mercúrio, vapores nitrosos, sulfuro de carbono, ácido cianídrico, carbonetos de hidrógeno, cromatos e bicromatos alcalinos, fósforo e alcatrão.



sofriam permanentemente de diurese e alteração da cor da pele, entre outros sintomas.<sup>319</sup>

A sofisticação das críticas de Vergara evidencia o domínio do tema, e foi com essa bagagem científica que propôs reduzir ainda mais a tabela. Assim como Vergara, outros colegas que participaram da polêmica destacaram mais fragilidades. Guillermo Sarmiento considerava que o carbúnculo e o tétano não eram doenças de caráter profissional. Com relação à tuberculose, a crítica era similar, devendo ser aceita como doença profissional no caso dos agentes de saúde, mas não no dos mineiros, operadores de maçarico, caldeiros e fogareiros, cujos casos seriam indiretamente profissionais.

O interessante do esforço crítico de Vergara e Sarmiento foi o reconhecimento de que toda tabela era meramente provisória e incompleta. De fato, dizer que eram um produto artificial e contingente, cujas modificações obedeciam a critérios científicos em permanente mudança, é praticamente um aforismo da época.

Em contraste com a visão mais acadêmica, Héctor García pensava que a maneira como estava organizada a tabela de doenças profissionais obrigava os médicos a “enquadrar a extensa patologia do trabalho em uma pequena lista de doenças”.<sup>320</sup> Por sua experiência no Posto de Saúde de Barrancabermeja, da Tropical Oil Company, e na Fábrica de Cimentos Samper, podia afirmar que, perante as dificuldades para classificar as doenças, a primeira coisa que fazia o médico era recorrer ao DNT. Esta entidade contava com três ou quatro empregados e tinha que resolver todas as demandas do país, com grave prejuízo para o trabalhador doente e para a própria entidade, que tinha a obrigação de responder por sua saúde.

Médicos como Jaime Camargo, em parceria com José Manuel Baena Lavalles, sugeriram uma reforma, a partir de uma tabela genérica, de acordo com três agentes etiológicos específicos: 1) agentes físicos – pó, luz, barulho, eletricidade, ar seco, raios X, umidade, compressão de determinada região, pressão atmosférica, trabalho estático, temperaturas extremas, movimentos passivos, traumatismos frequentes, exercícios constantes, esforços constantes e repetidos, acidentes de trabalho; 2) agentes químicos – pó, gases, fumaça, névoas, solventes, irritantes

---

<sup>319</sup> CONCHA, Roberto. El vicio del tabaco. **Salud y sanidad. Órgano de divulgación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.** v. VII, n. 75, p. 7–10, 1938.

<sup>320</sup> GARCÍA GÓMEZ, **Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación**, op. cit., p. 1.

locais, metais e seus derivados, alcatrão e parafina; 3) agentes biológicos – brucelose, micose, hepatite, tuberculose, carbúnculo, dermatose, alergias.<sup>321</sup>

Assim, os peritos hesitavam entre uma tabela mais depurada e uma mais abrangente, que não se atinha exclusivamente a doenças mais conhecidas ou estatisticamente importantes. Enquanto isto acontecia no plano científico, os direitos sociais eram sonegados, por conta de pleitos demorados, à espera de uma resolução do Ministério do Trabalho. Isto ocorria porque, segundo o legislador, era na tabela que estavam todas as doenças indenizáveis, deixando implícito que as outras patologias possíveis do trabalho não estavam amparadas pela lei. Para médicos como García, a confusão não deve ter sido pouca. Em conclusão, o que parecia ser o primeiro passo para o reconhecimento do direito a adoecer na Colômbia, evidenciava-se pelo caminho da espessa retórica científica: limitado, sinuoso e incerto. Alguns exemplos podem ajudar a dimensionar as dificuldades e a incerteza quanto à classificação e à aplicação da legislação.

Em 1952, o inspetor do trabalho de Cundinamarca enviou à DNMHI uma consulta sobre o caso do trabalhador N.N, da empresa X.X, que apresentava, desde 1950, uma infecção aguda das vias respiratórias e fenômenos asmatiformes. Depois de muitos tratamentos sem resultados, o diagnóstico do médico do Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) foi “síndrome de esclerose pulmonar”, produzida pela aspiração de pó de cimento e pedra. José Manuel Baena, especialista do ministério, respondeu que não era possível comprovar empiricamente a origem profissional da asma alérgica, que não existiam provas de pneumoconioses-silicose ou esclerose pulmonar por aspiração de cimento e pedra; concluiu que as estatísticas sobre riscos profissionais na indústria do cimento, levantadas pelos peritos, demonstravam

que as únicas manifestações alérgicas que produz a um trabalhador o contato permanente com o cimento são as dermatites das partes descobertas. Mas não se tem publicado nenhum estudo, porque não se há encontrado nenhum asmático, salvo nos

---

<sup>321</sup> CAMARGO, JAIME, *Enfermedades profesionales*, op. cit., p. 76–84.

casos de avançada esclerose pulmonar como etapa final de uma silicose.<sup>322</sup>

Nesse caso, foram negadas as prestações sociais, mas em outros, o médico podia favorecer o trabalhador, embora a relação entre ofício e doença não fosse visível sem elencar pesquisas científicas. Também em 1952, Baena conceituou que a doença pulmonar infectocontagiosa da qual sofria N.N, após de nove anos de trabalho como guardião em diversas instituições penitenciárias, era resultado de uma alimentação inadequada e da convivência, “muito possivelmente, com reclusos infectocontagiosos, etc.”<sup>323</sup>

Chama a atenção o caso do gerente de uma agência do Banco Central Hipotecário.<sup>324</sup> Ele afirmava ter adquirido uma úlcera duodenal por causa do excesso de trabalho, da preocupação permanente, além do cansaço físico e mental, comprovados por sete anos sem férias em nove de trabalho. Baena respondeu que as úlceras gástricas e duodenais somente tinham sido comprovadas em certos traumatismos de abdômen. Aliás, as pesquisas não estabeleceram nenhuma relação etiológica com outros fatores industriais, nem lesões ulcerosas das vias digestivas como consequência direta de trabalhos intelectuais intensos. Em suma, não considerava possível afirmar-se que as ocupações bancárias tivessem relação etiológica com a doença, portanto, não caberia qualificar a doença como diretamente profissional. Em todo caso, Baena acrescentou que, se “pudesse demonstrar com toda amplitude” a relação entre a úlcera duodenal e o excesso de trabalho, seria o caso de considerá-la uma doença indiretamente profissional.

Este caso sobressai por dois motivos. Em primeiro lugar, por aludir aos empregados particulares, ou à classe média, raras vezes visíveis nos debates sobre doenças profissionais. Em segundo lugar, por insinuar a emergência de novas patologias profissionais em decorrência de novos setores empresariais. Além disso, por tratar-se de um caso diferente, Baena se estendeu ao explicar o contraste entre as doenças profissionais propriamente ditas e as doenças indiretamente profissionais, também denominadas doenças do trabalho.

---

<sup>322</sup> BAENA LAVALLE, José Manuel. Concepto 074-D. Prestaciones sociales por enfermedad. **Boletín Trabajo**. v. I, n. 2, p. 104–106, 1952.

<sup>323</sup> \_\_\_\_\_. Concepto 082-D. **Boletín Trabajo**. v. II, n. 2, p. 108–109, 1952.

<sup>324</sup> \_\_\_\_\_. Consulta trabajador Banco Central Hipotecario. **Boletín Trabajo**. v. I, n. 5, p. 117–120, 1955.

Nas doenças profissionais, era necessário provar a relação direta entre a ação nociva do trabalho e a evolução da entidade nosológica – a fatalidade da produção ou, ao menos, a enorme probabilidade, como definiu Campo Elías Barón.<sup>325</sup> No caso das patologias do trabalho, se partia do pressuposto que podiam afetar a qualquer indivíduo, indiferentemente da ocupação ou ofício, não obstante a ação mórbida de certas profissões servir de causa coadjuvante para aparição da doença. Em outros termos, eram consequência da influência que as condições ambientais desfavoráveis exerciam sobre o organismo. Eram os casos do reumatismo ou da tuberculose nos trabalhadores obrigados a permanecer durante muito tempo em lugares úmidos. A prova, neste caso, se elaborava com o estudo científico da doença, os antecedentes clínicos do paciente, o estudo das condições ambientais, a classe de trabalho, o tempo de exercício e as circunstâncias especiais que envolviam o trabalho. Depois de analisado o processo, era eventualmente possível obter-se as mesmas prestações sociais que no caso das doenças tipicamente profissionais.

Certamente, o legislador considerava não ser possível a utilização de uma tabela taxativa, já que as transformações da indústria vinham acompanhadas de novos riscos profissionais, além do fato de a medicina estar em permanente mudança de técnicas e princípios. Por isso, segundo Efraín Meneses, a lei contemplava as lesões não previstas na tabela, mas em definições análogas que podiam ser consideradas<sup>326</sup>. Entretanto, a dependência de uma lógica de prova fazia com que, na prática, isso raras vezes acontecesse. Aquele que demandava tinha que comprovar a existência de contrato de trabalho, a aquisição da doença no serviço para a empresa, a diminuição da capacidade laboral, lucrativa, além do certificado do grau de diminuição ou da intensidade do prejuízo. Isto para casos nos quais a doença estava incluída na lei; caso contrário, cabia ao demandante a “prova positiva da profissionalidade da afeção”.<sup>327</sup>

Por outro lado, é relevante o papel do DNMHI em todos os casos citados, aspecto que não pode ser relegado, embora fuja ao foco deste capítulo. Este departamento do Ministério do Trabalho, Higiene e Previdência Social fora criado, em 1948, para “o estudo dos aspectos

---

<sup>325</sup> MENESES FRANCO, *Enfermedades y accidentes de trabajo*, op. cit., p. 29.

<sup>326</sup> *Ibid.*, p. 32–33.

<sup>327</sup> *Ibid.*, p. 46.

médico-legais”.<sup>328</sup> Complementava, em casos de dúvidas ou demandas, as funções dos inspetores do trabalho, mas também mantinha uma das funções mais importantes do anterior DNT, que era resolver os conflitos entre patrões e trabalhadores por conta da aplicação da lei sobre acidentes de trabalho. Havia, no entanto, uma notável mudança entre essas resoluções, já que no horizonte legislativo dos anos 1940 – que prefigurou a previdência social na Colômbia – o Estado tinha um papel muito mais ativo.

Com efeito, na mesma época, a lei n. 90 de 1946 criou o ICSS, inspirado na teoria do risco social, que propunha que todos os riscos deveriam ser garantidos por uma instituição especial, criada e sustentada com fundos especiais providos pelas empresas, pelo Estado e pelos trabalhadores.<sup>329</sup> Na prática, o instituto começou a funcionar em 1950, com limitado reconhecimento por parte da classe trabalhadora.<sup>330</sup> Não obstante, se transformou, paulatinamente, no modelo de seguros de responsabilidade do patrão, mesmo que as doenças profissionais não fossem assumidas nos primeiros anos de funcionamento do ICSS, por incerteza científica e estabilidade econômica.<sup>331</sup>

Em conclusão, além das questões médicas sobre a definição e a objetivação da doença profissional por parte dos agentes de saúde, tema da seguinte seção, outras preocupações relativas à eficiência do sistema começavam a ser elaboradas pelos funcionários do Estado e pelos acadêmicos. Uma delas era a falta de uma garantia global e extensiva para todos os riscos.<sup>332</sup>

---

<sup>328</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. **Medicina del Trabajo**. Bogotá: Lerner, 1962, p. 19.

<sup>329</sup> GÁRCES SINISTERRA, **Resumen de la evolución del concepto de responsabilidad patronal en los accidentes de trabajo**, op. cit., p. 50. Veja-se o Capítulo 4. **Acidentes de trabalho na Colômbia: doutrina, lei e jurisprudência, 1915-1945**.

<sup>330</sup> ARTURO, Julián; MUÑOZ, Jairo, La clase obrera en Bogotá. Apuntes para una periodización de su historia (aspectos económico, político e ideológico-cultural). **Maguare. Revista del departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Colombia**, n. 1, p. 99–152, 1981, p. 151.

<sup>331</sup> VERGARA DELGADO, Jorge, Consideraciones sobre una política asistencial sanitaria. **Heraldo Médico**, v. VII, n. 106, p. 12–17, 1949, p. 15.

<sup>332</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 16.

### 3.2. A emergência das doenças profissionais no campo médico colombiano

Os problemas para a aplicação da lei não aconteceram somente porque instauraram um novo regime de compromisso social na vida do trabalhador nem por terem criado um sistema de previdência social cujos limites eram incertos. O problema fundamental era quanto ao saber que deveria inspirar todo o sistema, mas que apenas começava a formar-se no país. Isso sem contar que, nas doenças profissionais, era preciso considerar critérios geralmente díspares, como o médico e o legal, vistos no caso dos acidentes de trabalho, mais especificamente, das hérnias.

Na Colômbia dos anos 1930, as doenças profissionais eram ignoradas pelos industriais, por aqueles que delas padeciam e pela maioria dos médicos. Em 1937, Enrique Putnam Tanco afirmava que “a ignorância do operário a respeito das perturbações orgânicas ocasionadas pelo trabalho era muito grande, e era humano que o proletário ignorasse o que desconhecia o médico”.<sup>333</sup> Uma frase lapidar, cuja novidade era constatar a ignorância do médico frente às doenças do trabalho. Observação que ainda ecoava, em 1948, nas palavras de Guillermo Sarmiento, que explicava que o tema apenas começara a ser estudado na Colômbia.<sup>334</sup> Putnam tinha por objetivo alertar profissionais e leigos sobre o absoluto desconhecimento acerca deste ramo da ciência na Colômbia. Não era somente uma disciplina ignorada na faculdade, pois havia médicos que desconheciam a maneira de redigir com “juízo, exatidão, equanimidade um certificado de incapacidade para o trabalho”. Por isso, o autor concluiu que “urge que o operário, o industrial e o médico tenham noções claras sobre estes problemas, para que seja a cultura mútua a que ajude a resolvê-los, e não o egoísmo ou a força cega”.<sup>335</sup>

Assim, era necessário que os médicos penetrassem no universo do trabalho. A primeira grande questão era objetivar as doenças profissionais, defini-las e estabelecer os tipos, os limites teóricos e

---

<sup>333</sup> PUTNAM TANCO, Enrique. La medicina del trabajo. **Revista Médica de Medicina y Cirugia de Barranquilla**. v. IV, n. 4, p. 29–33, 1937, p. 32–33.

<sup>334</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, op. cit., p. 31.

<sup>335</sup> PUTNAM. La medicina del trabajo...op.cit.

práticos. Na Colômbia e muitos outros lugares do mundo, essas foram as questões que guiaram as discussões acadêmicas da primeira metade do século XX. Para alguns autores, o conceito de doença profissional pouco mudou desde 1902, quando a Comissão para o Estudo das Doenças Profissionais as definira como aquelas causadas direta e exclusivamente pelo exercício de uma profissão ou eram consequência direta de determinada atividade.<sup>336</sup> Seria possível mencionar vários autores que forneceram um repertório comum de referências bibliográficas para nacionais e estrangeiros, mas é suficiente dizer que, em termos gerais, a premissa do ofício ou profissão se manteve presente ao longo do século XX.<sup>337</sup>

Ao serem entendidas como consequência direta de uma atividade ou de um risco profissional, as doenças profissionais se distinguiam das doenças comuns, que eram entendidas como consequência de um risco genérico, ao qual todo indivíduo estava exposto pelo simples fato de viver. Porém, nem toda patologia adquirida no trabalho podia ser entendida como doença profissional. Daí que ganhava força a ideia de que as doenças profissionais eram microtraumatismos que, paulatinamente, aniquilavam o equilíbrio fisiológico. Em 1911, antes que qualquer lei social tivesse sido promulgada no país, Benjamín Bernal delineava algumas definições sobre a doença profissional, em contraste com a de acidente de trabalho. Afirmava que podia ser o resultado de ações violentas, repetidas durante longos anos, ou resultado de uma profissão insalubre. Esse ajuste permitia diferenciar as doenças dos acidentes de trabalho, assunto de grande importância econômica, já que, até 1946, o trabalhador só tinha direito à indenização em caso de acidentes de trabalho. Dessa maneira, se destacava que as doenças profissionais eram evolutivas, progressivas, insidiosas, crônicas, normais no ofício, previsíveis e diluídas, em contraste com o caráter concentrado dos acidentes. Em uma frase repetida uma e outra vez, “o acidente era o raio que derrubava o carvalho, e a doença era a obra lenta e diária que carcomia as fibras da planta-homem”<sup>338</sup>. Em resumo, o conceito ou a identidade da doença profissional se definia pela diferença ou pela relação com outros conceitos. Pelo mesmo motivo, qualquer

---

<sup>336</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 166.

<sup>337</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit.; TORRES TORRIJA, ¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional? op. cit..

<sup>338</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 16.

mudança nessas definições ou identidades articuladas produzia modificações na totalidade.

Se já era complicado definir as doenças profissionais, imagine-se o que se podia esperar de sua classificação. José Miguel Restrepo propunha a separação entre os riscos genéricos e os riscos específicos. Para ele, os genéricos eram as causas “coadjuvantes” ou “auxiliares” que concorriam para processos morbosos, infecciosos, diatésicos ou metabólicos. No caso da tuberculose, estavam em risco genérico os operários das fábricas com produção de pó, chumbo, cloro, ácido clorídrico ou aquelas com ar viciado, horários prolongados e excesso de trabalho. Os riscos específicos, no caso concreto da tuberculose, eram a permanência obrigada em lugares infectados ou em contato com doentes, caso das pessoas que trabalhavam em hospitais, sanatórios, dispensários antituberculosos. Entende-se que o risco específico estava dado pelo contato com o bacilo.

Na mesma perspectiva de separação entre doenças específicas e as genéricas, Restrepo propôs três tipos de doenças profissionais: as produzidas por causas exógenas, as de causas endógenas e as de acidentes de trabalho. As doenças de origem exógena eram produzidas por agentes inanimados, animados e condições atmosféricas exclusivamente relacionadas com as condições de trabalho impostas aos operários; eram as doenças profissionais propriamente ditas. As de causas endógenas eram todas as que causavam deterioração gradual e habitual do corpo do trabalhador, isto é, as doenças do trabalho em geral<sup>339</sup>. Ainda no exemplo da tuberculose, era considerada doença profissional em profissionais da saúde por ser causada por um agente endógeno; nos operários, era doença do trabalho, consequência de um fator exógeno.

Porém, como não existiam definições neste campo de saber, em 1948, Héctor García propôs seu próprio ensaio de classificação.<sup>340</sup> Ele organizou as doenças profissionais em cinco grupos: doenças por esforço, doenças por acidente de trabalho, doenças por material de trabalho, dermatoses profissionais, tumores profissionais. Subdividiu as primeiras em resultantes de esforço agudo, crônico, posição, repetição. O segundo grupo, das produzidas por acidentes, separou entre doenças por fatores físicos e doenças por fatores químicos. O terceiro grupo, de

<sup>339</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 168.

<sup>340</sup> GARCÍA GÓMEZ, **Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación**, op. cit.



doenças produzidas pelo material de trabalho, foi fragmentado em “nosokonioses” (sic) e intoxicações por agentes biológicos. As dermatoses foram subdivididas em resultantes de causas físicas, minerais, vegetais ou animais.

Um observador especialista podia criticar as múltiplas classificações anteriores; muitos profissionais podiam até estar equivocados ou utilizar classificações em desuso. Mas isto serve unicamente para provar que o conhecimento acerca dos corpos em risco estava em pleno processo de construção. Que os médicos não lograram chegar a um acordo neste ponto, assim como sobre a definição de doença profissional, unidade básica de sentido e de individuação do saber, é mais uma prova do estado embrionário da especialidade médica do trabalho. Em outras palavras, estes esforços de apropriação de uma linguagem denotam, principalmente, a vontade de construir uma identidade e legitimar socialmente uma especialidade ou campo de saber.

Além do assunto da definição e da classificação, o desafio realmente começava quando tentavam aplicar-se à análise das condições laborais concretas e das doenças derivadas dessas atividades. O primeiro passo era observar as pesquisas realizadas por médicos de diferentes lugares do mundo, levando em consideração que a utilidade dessas pesquisas era relativa.

Na época em que se debatia a lei n. 6, Jorge Vergara, médico especialista em questões laborais formado nos Estados Unidos, insistia que, se o governo queria simplesmente intervir em questões de higiene industrial, seria fácil. Ou seja, apenas determinar que os inspetores do trabalho ou das companhias de seguros vigiassem e promovessem exames antes do emprego, campanhas educativas, nutritivas, higiene dos edifícios, segurança da maquinaria, condições sanitárias, iluminação, ventilação, disposição de equipes, materiais de segurança etc. Porém, como o legislador queria intervir sobre as doenças profissionais, a coisa era bem mais complexa. Para ele, o governo tinha que começar por dispor de laboratórios que decidissem as disputas médico-legais ou, no mínimo, utilizar um laboratório nos Estados Unidos. Isto porque a base de todas as indenizações era a possibilidade de mostrar cientificamente que o indivíduo fora afetado por determinada substância industrial.

Suponhamos, disse Vergara, que a legislação colombiana aceitasse o saturnismo. O operário faria uma demanda à empresa, por sofrer de cólicas atribuídas ao uso do chumbo em seu ofício. “A presença dessas cólicas e o fato de que se trabalhe com chumbo não são

critérios suficientes para diagnosticar o saturnismo”. O fato clínico teria que ser acompanhado e “harmonizado” com os dados de laboratório<sup>341</sup>.

De modo que as condições teóricas podiam estar satisfeitas, mas a base do reconhecimento estava na experimentação, na identificação estatística do risco e no estudo detalhado das empresas nacionais. Desta opinião era a maioria dos especialistas em medicina do trabalho. O básico era vulgarizar o conhecimento mundial acerca dos efeitos da indústria na saúde dos operários. Mas na medida em que não houvesse pesquisas e monografias acerca da indústria nacional e seus doentes, médicos e legisladores, por um lado, continuariam pensando que ainda estava longe o dia em que as doenças profissionais seriam uma grande preocupação na Colômbia. Por outro lado, como observava Guillermo Sarmiento, a legislação se manteria no caráter provisional, com o agravante que “aplicar doutrinas de outros países no nosso, como alguns propugnavam, era inaceitável, pois as condições de ambiente e de trabalho eram muito diferentes”.<sup>342</sup>

Esta lógica conflitava com o fato de não haver estatísticas na Colômbia acerca das doenças do trabalho ou das doenças profissionais. Os médicos conheciam muito pouco sobre os produtos e processos utilizados nas fábricas do país. Nesse sentido, a maioria das coisas que se dizia acerca das doenças dos trabalhadores era deduzida de pesquisas internacionais ou da observação, atenta e dispersa, do entorno socioeconômico.

### **A realidade das doenças profissionais**

Muitos exemplos podem ilustrar as limitações do conhecimento médico acerca da realidade nacional neste campo. Era conhecido, na literatura médica, o fato de que, nas indústrias de vidro, os trabalhadores manifestavam lesões cutâneas, dos dentes, boca e cataratas, por conta do uso de chumbo ou mercúrio em alguns processos. Pois bem, em 1928, o inspetor de fábricas do Escritório Nacional do Trabalho informava que, na fábrica de vidros Fenícia não se apresentava este tipo de doenças, o que era prova das boas condições de higiene em que se encontrava a

---

<sup>341</sup> VERGARA DELGADO, Jorge. Medicina Industrial e Higiene Industrial. **Colombia Médica**. v. V, n. 6, p. 166–177, 1946, p. 170–171.

<sup>342</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Trabajo y enfermedad. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**. v. VIII, n. 47-48, p. 74–79, 1946, p. 77.

fábrica e seus trabalhadores.<sup>343</sup> Em seu pèriplo, o mesmo inspetor visitou um curtume, onde o técnico encarregado da produção lhe informou que as doenças comuns nesse tipo de indústrias não se tinham produzido ali, pois diferentemente do que acontecia na Europa, os couros eram de gado fresco, examinado previamente.

Tal informe foi construído, conscientemente, ao redor das três doenças sobre as quais tinha se manifestado a OIT em 1925, isto é: intoxicação por chumbo, intoxicação por mercúrio e infecção por carbúnculo. Ou seja, o inspetor visitava as indústrias à procura deste tipo de doenças, que eram as analisadas na pouca produção técnico-científica da OGT. Assim, a visita apontava um grupo fechado de riscos profissionais ou de condições insalubres, que podiam ser tóxicas ou infecciosas, de acordo com a OIT. Quer dizer, outras doenças não eram identificadas (ou eram invisíveis).

O que menos importa é a autenticidade desses “instantâneos” da vida laboral. O que se destaca é que, em seu conjunto, servem de diagnóstico médico social, pois eram o único instrumento com que contavam os médicos nos anos 1930 para afirmar que certas doenças, identificadas no plano internacional, eram realidade no universo patológico nacional ou se eram apenas curiosidades nosológicas no país. Obviamente, havia também a observação individual, que podia ser inspiradora ou estéril em termos científicos.

É possível identificar naquele horizonte teórico dos médicos três gerações de doenças profissionais, mais ou menos diferenciadas pela relação com modelos produtivos distintos e diferentes formas compreensão do mundo do trabalho. Sobra dizer que não há, estritamente, uma sucessão, embora possa acontecer que mudanças técnicas ou ecológicas tornem rara uma doença.

Uma primeira geração constituiu-se por tuberculose e silicose, vinculadas fundamentalmente à produção de matérias-primas, na qual o mecânico supera o tecnológico frequentemente. Os perigos deste meio se enfrentam com ações guiadas pela higiene industrial. Para alguns especialistas, se trata de um estado primitivo, tanto no que tange ao tipo de doenças como as ações médicas correlatas.<sup>344</sup> Uma segunda geração

---

<sup>343</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Informe de visita prácticada a la fábrica de vidrio Fenicia, la de material refractario Sajonia, la de dulces y pasta El Papagayo y la de curtidos de la Compañía Colombiana, v. I, n. I, p. 12–22, 1929, p. 13.

<sup>344</sup> RODRIGO, Mercedes. La prevención de los accidentes de trabajo, In: OLLER, Antonio (Ed.). **La práctica médica en los accidentes del trabajo.**

de doenças profissionais pode ser exemplificada com as intoxicações e dermatoses típicas da indústria química; nesta classe, as funções do médico do trabalho podem ser mais que preventivas e corretivas, correspondendo a especialidades como a dermatologia, oftalmologia, ortopedia etc. Finalmente, da terceira geração seriam as doenças produzidas pelo maquinismo; neste cenário, a fadiga fisiológica se soma ao esgotamento psicofisiológico do trabalhador. Os médicos se convencem dos problemas de racionalização científica do trabalho e dos efeitos potenciais no organismo e na psique. Neste cenário, a ergografia, a psicotécnica ou a psicologia industrial são as que determinam o que fazer.

A literatura médica colombiana ocupava-se do primeiro grupo de doenças profissionais. Concretamente, neste panorama das doenças do mundo do trabalho, se destaca a inclinação a descrever patologias resultantes de atividades extrativas, como a mineração. Esta tendência parece ser igual em outros países, até mais ou menos os anos 1930, quando a silicose era a doença do trabalho por excelência, a de maior relevância em todo o mundo na primeira metade do século XX.<sup>345</sup>

Nos citados casos da vidraria e da curtidora, o inspetor transmitiu ao leitor do ministério uma tranquilidade pouco consistente diante dos riscos profissionais deste tipo de indústrias. Ao contrário, o encarregado de visitar uma exploração de carvão em Cundinamarca descreveu a preocupação que, além de fundada nas observações, concretizava temores inspirados em pesquisas científicas de diferentes lugares do mundo. Assim, ainda que em 1930 o conhecimento médico sobre as questões da medicina do trabalho fosse bastante impopular, o médico inspetor fez observações detalhadas acerca da composição do ar, os riscos de explosão por acumulação de grisu, a presença de partículas

---

Madrid: Morata, 1929, p. 388–415. Não teria sentido citar esta especialista espanhola, a não ser por que, depois da Guerra Civil, ela e um grupo de republicanos se exilaram na Colômbia. À sua chegada, se vinculou ao laboratório de fisiologia da Universidade Nacional da Colômbia, e mais tarde, fundou as cátedras de psicotécnica e a escola de psicologia aplicada.

<sup>345</sup> Ver, entre outros: ROSENTAL, Paul-André. La silicose comme maladie professionnelle transnationale. *Revue française des affaires sociales*. v. 62, p. 255–277, 2008. Sobre a silicose na Colômbia, ver GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge. La silicosis o tisis de los mineros en Colombia, 1910-1960. *Salud Colectiva*. v. 7, n. 1, p. 35–51, 2011; \_\_\_\_\_. La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950. *Historia Crítica*. n. 45, p. 114–143, 2011.

de carvão e sílice no ar e, em geral, sobre higiene da mina, higiene individual e assistência sanitária.

A sofisticação e o nível de detalhe do informe não foram uma casualidade. Evidencia a longa trajetória de pesquisas sobre o setor mineiro, que remonta ao século XIX<sup>346</sup> e que na Colômbia, além de ser divulgada permanentemente em jornais médicos e de engenharia, tinha como representantes vários médicos vinculados a um dos poucos setores que, por necessidade ou obrigação, colocou em funcionamento sistemas de atenção médico social para os trabalhadores, desde fins do século XIX.

Além do detalhe sobre os processos perigosos, outro aspecto interessante que insinua o grau de penetração destas pesquisas no âmbito acadêmico colombiano, é a referência à velocidade de deterioração corporal dos mineradores, calculada pelo médico visitante em quarenta anos de vida. Esta idade se aproxima do cálculo descrito por diversos autores em diferentes épocas e sugere que nosso autor conhecia a informação científica sobre a matéria.

Naturalmente, os informes não eram sempre convincentes peças de retórica científica. Em especial sobre a mineração, ao lado dos comentários técnicos, é comum, desde fins do século XIX, encontrar comentários sobre o abuso de álcool e da chicha como causas predisponentes da doença.<sup>347</sup> Em outra visita às minas de sal de Zipaquirá<sup>348</sup>, o informante descreve como principais motivos de doença a monotonia, o trabalho pesado, calor, umidade, vigília, longas jornadas em pé e mudanças bruscas de temperatura, além do alcoolismo. O autor, Dr. Demetrio Cárvajal, observou, ademais, doenças recorrentes como o reumatismo crônico, as doenças broncopulmonares e as malformações produzidas pelo trabalho, como pé chato.

---

<sup>346</sup> George Rosen afirma que em *Re Metallica* (1556), de Agricola, e em *On miners sickness and other miners diseases* (1567), de Paracelso, já há interesse visível pelas doenças dos mineiros. Mas pode ser exagerado elaborar uma linha de continuidade de pesquisas do século XVII até as do XIX. ROSEN, George. **The history of Miners Diseases. A medical and social interpretation.** New York: Shuman's, 1943, p. 62–65.

<sup>347</sup> TAMAYO TRUJILLO, Beriberi, epidemia de Junín y La Hermosa, op. cit., p. 324.

<sup>348</sup> CARVAJAL PARÍS, Demetrio. La explotación de sales en las minas de Zipaquirá. Apartes del informe rendido a la Oficina General del Trabajo por el médico higienista del departamento Doctor D. Carvajal París. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo.** v. I, p. 599–601, 1930.

O contraste entre o primeiro e o segundo informantes ilustra bem a maneira como era observado o mundo do trabalho nesses anos 1930, de começo da legitimação do saber médico sobre os corpos em risco. No primeiro caso, a atenção estava nos detalhes da produção e nas doenças correlatas; no segundo, se misturam observações sociais, características do higienismo do início do século XX, com algumas anotações dos efeitos da produção.

Tem-se a impressão de que os médicos colombianos não sabiam nada do que acontecia com os trabalhadores de outros setores econômicos além da mineração. Se pensarmos em termos de produção de conhecimento sistemático, com as ferramentas teóricas da medicina do trabalho, pode-se afirmar que isto é verdade. De um total de 134 pesquisas e publicações médicas sobre questões de saúde entre os trabalhadores, 36 estão relacionadas com a mineração. As restantes se distribuem em previdência social (23), acidentes de trabalho (21), medicina do trabalho (16), doenças profissionais (12), silicose (11), ferrovias (7), bananeiras (6), higiene industrial (3), petroleiras (3), bairros operários (2), fazendas cafeeiras (2). Estas cifras corroboram a tendência a observar as doenças da primeira geração, confirmando a ênfase no estritamente teórico.

Mas não é verdade que desconheciam o que se passava com os trabalhadores de outros setores. Como se pode deduzir desses números, houve publicações sobre ferrovias, bananeiras, petroleiras e fazendas. A questão, com muitas destas pesquisas, é que não se podem considerar em sentido estrito as pesquisas de medicina do trabalho, mesmo que as onze relacionadas com a silicose sejam pesquisas com esta orientação. Para ilustrar, cabe mencionar: *Algunas consideraciones sobre el paludismo en la zona bananera*; *El cultivo del café en Colombia y sus aspectos médicosociales*; *Higiene, saneamiento y asistencia social en la zona bananera del Magdalena*.

Deixando de lado as monografias sobre setores econômicos concretos, o conhecimento sobre as doenças profissionais no país circulava em diferentes âmbitos acadêmicos de maneira assistemática, mas estável. A distância aparente entre a realidade da indústria nacional e a necessidade do conhecimento médico sobre as doenças do trabalho, não foi obstáculo para que alguns médicos estivessem à vanguarda dos debates sobre o assunto no mundo. Ainda que desconfiando da utilidade deste conhecimento, observaram a indústria nacional para advertir sobre os seus riscos potenciais, dividindo-os em três grupos: dermatoses, intoxicações industriais e doenças respiratórias.

Ao menos nas três primeiras décadas do século XX, e seguramente por falta de observação, autores como José Miguel Restrepo afirmavam que eram bastante estranhas na indústria têxtil do país as dermatoses produzidas pela maquinaria ou pelas anilinas. O mesmo acontecia com a bissinose, mencionada de passagem em apenas dois trabalhos acadêmicos, que é produzida pelos filamentos do algodão e da lã nos cardadores ou trabalhadoras da indústria de tecidos.<sup>349</sup>

Entretanto, na mesma indústria se considerava que havia maior propensão às doenças respiratórias.<sup>350</sup> De fato, pela concentração de trabalhadores num mesmo espaço, geralmente pouco ventilado, as fábricas eram vistas como lugares propícios para o contágio da tuberculose. Não é à toa que o acordo 33 de 1916, que instaurava a profilaxia desta doença, tenha contemplado no artigo 7 que os tuberculosos deviam ser separados dos operários sadios, “colocando-lhes em melhores condições”. Pelo mesmo acordo, não era permitido que os homens trabalhassem mais de dez horas, as mulheres, oito, e as crianças, seis. Os homens tuberculosos não podiam trabalhar mais de oito horas, e as mulheres tuberculosas, mais de seis.<sup>351</sup>

Por outro lado, à nascente indústria do cimento vinham atreladas uma série de moléstias respiratórias e ações irritantes sobre a pele. Mais tarde que cedo, alguns médicos imaginavam que as doenças respiratórias começariam a atingir também os pedreiros. Em 1946, Vergara desprezou tais riscos respiratórios nas cimenteiras, ao menos no que tangia às denominadas pneumoconioses, mas reconheceu, como

---

<sup>349</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 170; GARCÍA GÓMEZ, **Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación**, op. cit., p. 138.

<sup>350</sup> Provavelmente pela mesma razão que, no México e nos Estados Unidos, se considerava os trabalhadores susceptíveis de adquirir tuberculose. Uma prática comum, e de alto risco, era o denominado beijo da morte, que consistia no empréstimo das lançadeiras de porcelana. RAJCHENBERG, Enrique. El Tributo al Progreso: Los Costos del Tránsito al Mundo Fabril. **Journal of Iberian and Latin American Research**. v. 4, n. 1, p. 17–36, 1998; GREENLEES, Janet, Stop Kissing and Steaming!': Tuberculosis and the Occupational Health Movement in the Massachusetts and Lancashire Cotton Weaving Industries, 1870-1918. **Urban history**. v. 32, n. 2, p. 223–246, 2005.

<sup>351</sup> GARCÍA MEDINA, Pablo, **Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia**. Bogotá: Imprenta nacional, 1932, p. 262.

muitos contemporâneos, que nas minerações ou qualquer outro lugar com sílice, a mistura podia aumentar o risco de silicotuberculose.

Outros males do trabalho, como saturnismo, intoxicações por mercúrio, arsênico, benzol, óxido de carbono, entre outras, eram, de alguma forma, temores clássicos de velhas indústrias. A intoxicação por chumbo na mineração do ouro, nas fundições ou na utilização de pinturas à base de cerusita era muito conhecida. De fato, há registros na literatura médica colombiana desde 1898. Nesse ano, o médico Juan B. Martínez mencionou casos de saturnismo por conta do uso irresponsável de chumbo na construção de alambiques para aguardente: “os produtos ativos da destilação, álcool, ácido carbônico e ácido acético, atacaram o chumbo, formando carbonato e acetato de chumbo, que o álcool dissolveu, ficando completamente tóxico.”<sup>352</sup> A denúncia se baseou na ideia, conhecida na época, de que a utilização do chumbo e das variedades deste produto (como sais ou cerusita) na indústria da mineração, na cosmética ou na produção de chapéus, produzia intoxicações no mundo todo e na Colômbia. Uma das primeiras manifestações da OIT sobre doenças profissionais foi o Convênio 013 de 1921, que proibiu a utilização de cerusita, sulfato de chumbo ou qualquer outro pigmento na pintura interior dos edifícios.<sup>353</sup>

Segundo Restrepo, as intoxicações produzidas pelo mercúrio eram menos comuns, ainda que um número considerável de operários prestasse serviços em indústrias de fabricação de explosivos, termômetros, chapéus de feltro e peles para abrigos, fotogravadores, douradores e bronzeadores. O arsênico era um inimigo relativamente melhor conhecido, principalmente nas fundições, vidraçarias, mordentes no tingimento de tecidos, elaboração de esmalte branco, fabricação de tintas e papeis, indústria curtidora, entre outras. Finalmente, o benzol era conhecido pelos efeitos nos operários das tinturarias, elaboração de borracha, lavadouros de panos e lãs. A respeito destas intoxicações por benzol, Restrepo afirmou: “É verosímil que isto exista entre nós, por isso, deve examinar-se detidamente os doentes que trabalham nessas indústrias.”<sup>354</sup>

---

<sup>352</sup> MARTÍNEZ, Juan B. Saturnismo agudo de los dipsomanos. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. VII, n. 5, p. 144–152, 1896.

<sup>353</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO, Convenciones Internacionales sobre el trabajo, op. cit.

<sup>354</sup> RESTREPO, Algunos apuntes sobre medicina del trabajo, op. cit., p. 178.



O risco de intoxicações por óxido de carbono era outro velho inimigo da classe operária, que se estendia a um sem-número de indústrias dependentes de combustíveis sólidos, líquidos e gasosos. Ou seja, os envenenamentos agudos, subagudos ou crônicos por óxido de carbono deviam ser muitos, como afirmava Restrepo, pois além dos operários, o óxido de carbono afetava “pessoas do povo”, que dormiam ao pé de um fogão aceso dia e noite, assim como sucedia com as mulheres cujo trabalho era passar roupas.

Na mineração, as intoxicações por este gás eram tão comuns, que integravam o programa das escolas de engenharia. Nas conferências sobre higiene do professor Gabriel Toro Villa para os alunos da Escola Nacional de Minas, se mencionava, por um lado, o empobrecimento do sangue e a insuficiência de oxigenação e, por outro, se atribuía ao permanente contato com este gás a predisposição dos mineiros à tuberculose.<sup>355</sup> Duas décadas depois, um artigo de vulgarização na revista *Minería* (da Asociación Colombiana de Mineros) da mesma faculdade confirma a importância do tema para este setor. A respiração dos mineradores, a chama das lâmpadas e as detonações eram elementos que podiam aumentar a concentração do óxido de carbono.<sup>356</sup> Não sendo o mais perigoso, se comparado ao grisú, ainda assim produzia dores de cabeça, suores, convulsões, visão imperfeita e, em certas ocasiões, morte por asfixia.

Todo este conhecimento vulgarizado nas faculdades não necessariamente resultava em medidas eficazes, como insinuava Próspero Ruíz, engenheiro representante do Ministério de Higiene, depois da visita realizada à mina El Silencio, no município de Segovia, Antioquia. Segundo ele, as lâmpadas utilizadas não seguras mesmo que não contivessem gases explosivos, pois “o inconveniente desta iluminação é o consumo de ar até o ponto em que não haja ventilação, e a atmosfera torne-se irrespirável, porque a lâmpada consome todo o oxigênio.”<sup>357</sup>

O leque de doenças profissionais poderia ampliar-se com algumas outras produzidas por agentes biológicos, no caso de ancilostomíase, tuberculose, icterícia, reumatismo infeccioso, sífilis. A maioria dos

---

<sup>355</sup> TORO, Gabriel. Conferencias sobre higiene. **Anales de la Escuela Nacional de Minas**. v. 6, n. 1, p. 360–371, 1913, p. 370.

<sup>356</sup> ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MINEROS. La salubridad en las minas. **Minería**. v. II, n. 20-21, p. 1348–1356, 1934.

<sup>357</sup> RUIZ, Prospero. La amenza de la salud de las minas. **Revista de Higiene de Bogotá**. v. XVIII, n. 5, p. 16–40, 1937, p. 29.

autores preferia localizar essas patologias no grupo das doenças do trabalho, o mesmo no qual eram localizadas as doenças originadas pelo desgaste físico, a fadiga e o esforço: câimbras e espasmos musculares, surdez, nistagmo e blefaroespasma, hérnias, desvios da coluna vertebral, artrites e espondilite, conjuntivite, nevralgias e neurite, afecções cardiovasculares, doenças nervosas e psicológicas produzidas pela rotina e o maquinismo, entre outras.

Dos dados esparsos acerca dos riscos profissionais a que estavam submetidos os operários, interessa menos a precisão dos comentários, que relevar a preocupação em si, no mínimo teoricamente, sobre temáticas que não foram de interesse da medicina nacional até os anos 1930. O reconhecimento clínico do ofício e da doença representa, a todas as luzes, a aceitação de uma mudança política, visível na incorporação dos trabalhadores no espectro democrático, muito mais que um simples deslocamento exclusivamente discursivo.

### **3.3. Doenças tropicais ou doenças do trabalho: o caso da ancilostomíase**

Há que lembrar rapidamente que o ancilóstomo, em suas versões europeia e americana (*Anchylostoma Duodenale* e o *Necator Americanus*), é um tipo de verme parasita que penetra no hospedeiro humano através da pele ou por ingestão de água contaminada. O ciclo geralmente começa quando os ovos eliminados nas fezes humanas se transformam em larvas na terra quente e úmida e penetram a pele dos pés. Não em vão, o principal método de profilaxia em muitos lugares foi prover calçados aos peões e dispor de banheiros para evitar a propagação dos vermes.

Na Europa, o combate a esta doença parasitária iniciou-se na virada do século XIX para o XX. Sua importância era quase comparável com a de qualquer outra epidemia, se levarmos em conta as menções em congressos internacionais: Primeiro Congresso Internacional de Mineração (1903); Primeiro Congresso de Higiene e Demografia (1904); Primeiro Congresso Internacional Socialista (1904); Primeiro Congresso Internacional de Doenças Profissionais (1907); Segundo Congresso Internacional de Doenças Profissionais (1910).

Em 1886, estimava-se que a Alemanha tinha cerca de 256.000 mineradores afetados. Em 1903, o tratamento de 21.612 mineradores tinha produzido um descenso da doença em 73%. A situação alemã era similar à da Bélgica, Grã-Bretanha, França, Áustria e Espanha, onde a

preocupação com os mineiros gerou várias ações por parte dos industriais da mineração. A visível importância econômica desta doença na Europa, somada ao fato de ser exclusiva dos que “trabalhavam nestas profissões”, induziu a muitos dos assistentes do citado congresso sobre doenças profissionais a considerá-la uma típica doença profissional.<sup>358</sup>

Todavia, esta perspectiva não foi exclusiva dos assistentes ao congresso. A ancilostomíase havia sido incluída no *Workmen's compensation act*, de 1906, pois como afirmava o médico inglês T.M Legge, a “anquilostomiasia” (sic) estava estritamente associada aos trabalhos de mineração. Na Alemanha, a luta contra a ancilostomíase havia começado na Westfalia em 1892, numa sofisticada e complexa profilaxia que se estendeu a todas as regiões mineiras da Aliança.<sup>359</sup> Finalmente, entre a virada do século e 1920, se somaram à campanha países de diferentes regiões mineiras do mundo, como Bélgica e Espanha.<sup>360</sup>

Na América Latina, o combate à ancilostomíase começou no século XX. A forma que tomou a luta nos diferentes países da região, o papel do Estado e os discursos que sustentaram essa luta, a ingerência na política sanitária da fundação Rockefeller e os interesses econômicos envolvidos têm sido tema de uma extensa bibliografia<sup>361</sup>. Dessa produção acadêmica, pode concluir-se que a faceta profissional, tão

---

<sup>358</sup> ÚBEDA Y CORREAL, El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910), p. 119–121.

<sup>359</sup> CALMETTE, A; BRETON, M.. *L'ankilostomiase: maladie sociale (anémie des mineurs)*. París: Masson et. C. Editeurs, 1905.

<sup>360</sup> RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*. v. LVIII, p. 219–248, 2006.

<sup>361</sup> PALMER, Steven, "Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis. *Salud Colectiva*. v. 5, p. 403–412, 2009; QUEVEDO, Emilio *et al.* *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional, 2004; BIRN, Anne-Emanuelle; SOLÓRZANO, Armando Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s. *Social Science & Medicine*. v. 49, n. 9, p. 1197–1213, 1999.

visível no caso da Europa, não esteve presente na região. Não se trata de assinalar um vazio historiográfico, muito pelo contrário, mas de evidenciar que a ancilostomíase e, por extensão, outras doenças parasitárias ou tropicais, foram consideradas um problema de saúde coletiva e do Estado, mais que uma questão laboral, pela maioria dos autores.

Isto pode parecer uma contradição, já que muitos dos artigos publicados na Colômbia manifestavam preocupação com a profusão de trabalhadores “anêmicos” ou “tuntunientos”<sup>362</sup> nas regiões de produção mineira e cafeeira de Antioquia, Cundinamarca, Tolima e Santander. O principal motivo desta preocupação, no âmbito industrial e agrícola, era que jornaleiros, peões ou proletários afetados pela doença se cansavam “ao menor exercício e, por conseguinte, não podiam cumprir com seus deveres.”<sup>363</sup> De modo que a falta de forças físicas e morais para o trabalho, por conta da doença, pioravam as já deterioradas atitudes para o trabalho, de um povo visto como inclinado à apatia, a viver em redes, fumando tabaco e tomando aguardente. Por este motivo, muitos indivíduos se tornavam “apáticos, indiferentes, irritáveis e coléricos, sem causa justa e proporcional.”<sup>364</sup>

Miguel Martínez Santamaría e Miguel María Calle sugeriram a proximidade entre meio de trabalho e a patologia. Em 1909, Martínez perguntava como se podia explicar a predileção deste nematoide pelos trabalhadores pobres. A resposta, para ele, era muito simples: “os engenheiros, guardas e policiais trazem os pés protegidos da lama, enquanto os outros trazem os pés cobertos de lama.”<sup>365</sup> Um ano depois,

---

<sup>362</sup> A expressão *tun-tun* é uma onomatopeia que representa a sensação de golpes na cabeça que dizem sentir os afetados por esta patologia. POSADA ARANGO, Andrés, El tuntun. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**. v. I, p. 224–227, 1888. Sobre minas e cafezais, ver: CALLE, Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis, op. cit.; MARTÍNEZ SANTAMARÍA, Jorge. **Contribución al estudio de la anemia tropical en Colombia**. Tesis Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta de “La Luz”, Bogotá, 1909.

<sup>363</sup> CALLE, Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis, p. 83–87, op. cit.

<sup>364</sup> LANA O, Ramón V. **Endemias del clima del café**. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1891, p. 9.

<sup>365</sup> MARTÍNEZ SANTAMARÍA, **Contribución al estudio de la anemia tropical en Colombia**, op. cit., p. 61–62.

Calle indagava se não seria possível “considerar a infecção de um trabalhador pela ancilostomíase como acidente de trabalho? Nada me parece mais natural”.<sup>366</sup>

A observação de Martínez ou a apreciação exaltada de Calle sobressaem por fazer referência explícita às condições do meio de trabalho. No entanto, existem diferenças importantes entre ambos os autores. Martínez colocava a questão laboral no horizonte, sem deixar de aludir a fatores contingentes, como a pobreza, de modo que a associação com o trabalho se tornava secundária.

A visão de Calle era absolutamente diferente, porque atribuía a minas e fazendas um papel importante no contágio, pela concentração de indivíduos doentes sem as condições sanitárias adequadas. Além disso, insinuava que o “poder público” poderia até obrigar os patrões “a tomar as medidas necessárias para a extinção da doença e para proporcionar os meios de cura aos peões que fossem contagiados dentro de seus prédios.”<sup>367</sup>

A proposta de Calle se inspirava no modelo de saneamento, cura e educação sanitária implementado pela Empresa Minera El Zancudo (EMZ)<sup>368</sup> e também na experiência de prevenção das fazendas cafeeiras de César Piedrahita, Louis Heiniger, D. Francisco Navech, além da conhecida prática médica da Ferrocarril de Antioquia.<sup>369</sup> Para Calle, estes empresários tinham inovado ao comprometer-se com a saúde dos trabalhadores e não optar, como era habitual em quase todos os lugares, por despedir o doente e o inválido, mesmo quando fosse por causa do trabalho. Seus comentários em torno do compromisso dos patrões quanto à prevenção da ancilostomíase não influíram diretamente na política nacional. De fato, outros peritos, como Roberto Franco, defendiam uma solução parecida, argumentando sobre os grandes benefícios que trariam para o país os patrões de fazendas e seus

---

<sup>366</sup> CALLE, Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis, op. cit., p. 83.

<sup>367</sup> CALLE, Miguel María Anquilostomiasis. **La Organización**. 491. ed. p. 1, 1910; CALLE, Miguel María. Empresa de Zancudo y Chorros. Enseñanza del médico de la empresa para los obreros (Tuntun). **La Organización**. 558. ed. p. 3, 1910.

<sup>368</sup> Sobre a campanha e o Departamento Sanitário, ver GALLO, **Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo 1865-1950**, op. cit..

<sup>369</sup> RESTREPO, **La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia**, op. cit..

administradores que implantassem medidas preventivas e curativas entre os trabalhadores.<sup>370</sup> Em todo caso, se pode pensar que as ideias destes médicos ressoaram nas do colega Pablo García Medina, que em 1919, promoveu a resolução n. 24, sobre profilaxia da “anemia tropical”. Considerando que a ancilostomíase destruía a saúde dos trabalhadores, , predispondo a infecções graves, ocasionando morte prematura, pela qual também tinham culpa os fazendeiros, por levar centenas de trabalhadores sadios para regiões nas quais eram expostos à doença, a resolução determinou que estes donos de fazendas em climas temperados e quentes deviam realizar campanhas de profilaxia e tratamento, incluindo alimentação saudável, fornecimento de medicamentos, construção de locais apropriados para hospitais, assistência médica, latrinas e higiene dos trabalhadores.<sup>371</sup>

Uma década depois, a resolução n. 2, pela qual se ditavam várias disposições sobre higiene do trabalho, reiterou o papel que tinham os fazendeiros na saúde dos trabalhadores<sup>372</sup>. Dispôs que o patrão era obrigado a fornecer alimentação, moradia e medicamentos aos trabalhadores. O legislador considerava que a maioria das fazendas agrícolas e pecuárias não dispunha dos locais higiênicos para alojar os trabalhadores, e que a vida nessas condições expunha o trabalhador ao contágio e ao desenvolvimento de doenças como a tuberculose, a malária e outras doenças causadas por mosquitos no caso de climas quentes. Adicionou que nunca havia medicamentos para primeiros socorros em caso de doenças ou acidentes.

Porém, em 1919, o governo nacional assinou um acordo com a Junta Internacional de Sanidade da Fundação Rockefeller, que produziu uma mudança na forma de se enfrentar o problema, com maior dependência de recursos do Estado e menor responsabilidade patronal. A campanha se fez mediante o fornecimento de azeite de quenopódio, um antiparasitário, e a construção de latrinas. Do resultado desta política

---

<sup>370</sup> FRANCO, Roberto, *Anemia tropical. Su causa y medios de evitarla. La Organización*. 515. ed. p. 2–3, 1910.

<sup>371</sup> GARCÍA MEDINA, *Compilacion de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, op. cit., p. 317–319.

<sup>372</sup> LANA TOVAR, José Ramón. Resolución número 2 de 1934 por el cual se organiza la labor interna de la Oficina General del Trabajo. *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo*. v. VI, n. 45-50, p. 307–310, 1934.

sabe-se muito pouco.<sup>373</sup> Para alguns observadores, a marcha da Fundação Rockefeller, ministrando tratamentos e construindo latrinas, entre 1920 e 1935, foi rapidamente seguida pelo esquecimento da utilidade pública e social das obras. Não houve um programa estratégico de educação sanitária, e a cura definitiva precisava de um tratamento longo.<sup>374</sup> Nesse sentido, depois de uma década, afirmavam os representantes da OGT que, não obstante a poderosa estrutura e o grande capital da Fundação Rockefeller, a campanha contra a ancilostomíase não tinha dado os resultados que eram de se esperar.<sup>375</sup> Os mais pessimistas afirmavam que depois do “silencioso e inconfessado fracasso da missão Rockefeller, era preciso que a Federação Nacional de Cafeteiros se comprometesse com a luta contra a ancilostomíase, a malária e o alcoolismo”.<sup>376</sup>

O *necator* atacava, indiscriminadamente, mulheres, crianças e homens, o que justificava a escolha estatal por uma política mais abrangente de saneamento da população. Atitude que foi elogiada por especialistas de renome internacional, como o médico argentino Emilio Coni<sup>377</sup>. Por outro lado, seria inútil esperar que empresários e fazendeiros, pelo poder de persuasão, da experiência de vários ou pela efêmera resolução, acolhessem num gesto desinteressado a campanha total contra o parasita. Aliás, por trás da política de erradicação da ancilostomíase, estava o universo marcado pelos ideais de progresso e fé

---

<sup>373</sup> Emilio Quevedo analisa várias questões estruturais da campanha, porém, não aborda o problema da aplicação regional nem dá seguimento às ações concretas. Naturalmente, por não ser esse o foco da pesquisa. Veja-se QUEVEDO *et al.* **Café y gusanos, mosquitos y petróleo**, op. cit.. Sobre a F. Rockefeller, no caso da febre amarela, ver MEJÍA RODRÍGUEZ, Paola. De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**. n. 24, p. 119–155, 2004..

<sup>374</sup> PAREDES, **Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923**, op. cit., p. 122–123.

<sup>375</sup> OFICINA GENERAL DEL TRABAJO, **Convenciones Internacionales sobre el trabajo**, op. cit., p. 104.

<sup>376</sup> NOELI, Augusto. Uncinariasis. Malaria. Alcoolismo. **La Clínica de Barranquilla**. v. I, n. 15, p. 239–240, 1929.

<sup>377</sup> CONI, Emilio. **La higiene pública y la organización sanitaria en Colombia**. Buenos Aires: Casa Editorial Minerva (reimpresión), 1921, p. 14.

na indústria. Doenças como o alcoolismo e a ancilostomíase preocupavam, porque degradavam física e moralmente a espécie, mas principalmente, porque reduziam o número de braços para o trabalho, o capital humano. A esse respeito, o ministro da Agricultura e do Comércio, Jesús del Corral, afirmava, em 1920:

A derrota nesse campo [da luta contra a ancilostomíase] seria para o país a maior catástrofe imaginável, já que mais de quatro milhões de habitantes estão incapacitados para a luta em favor da agricultura, da criação de gado e de tudo aquilo que exige energias, vigor e perseverança para vencer os obstáculos que opõe a natureza, e incapacitados igualmente para reproduzir-se em boas condições generativas, que assegurem a estabilidade da raça. E como é axiomático que sem homens sãos e fortes não pode haver progresso, é forçoso aceitar a conclusão de que devemos nos preocupar, em primeiro lugar, em restabelecer a saúde de todos os que padecem de anemia tropical, a doença mais generalizada no país.<sup>378</sup>

À sombra dos debates eugênicos dos anos 1920, coube a médicos como Alfonso Castro, que não foi o único, explicar o atraso de algumas regiões do país a partir da mistura entre miséria, prostituição, alcoolismo e ancilostomíase.<sup>379</sup> Mas paralelamente a essas preocupações de índole moral, é possível também encontrar observações acerca dos efeitos fisiológicos e da influência negativa sobre a capacidade de trabalho. O mesmo autor, depois de elencar várias facetas da “degeneração progressiva hereditária”, em razão da concentração das toxinas nos centros nervosos, descreveu “outra faceta tão importante como as anteriores, que é a econômica”<sup>380</sup>. Castro mencionou, neste ponto, que a “diminuição da eficiência no trabalho” era um verdadeiro problema para a riqueza nacional. Para isso, baseava-se nos cálculos do Dr. Miguel María Calle para a EMZ. Segundo este médico, um indivíduo forte e

<sup>378</sup> CORRAL, Jesús del. **Memoria del ministro de agricultura y comercio al Congreso de 1920**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1920.

<sup>379</sup> CASTRO, Alfonso. Anquilostomiasis en Antioquia. **Revista Clínica**. v. VI, p. 378-419, 1923, p. 394.

<sup>380</sup> *Ibid.*, p. 394.



saudável poderia mover, sem esforço, 70 carretas por dia, em razão de um centavo por carreta. Uma vez afetado pela doença, sua capacidade diminuía de 30 a 20 a 10. O caso é muito simples, afirmava Castro, com eloquência, sobre os efeitos reais em agricultores e mineradores, dos milhares de centavos que se perdiam diariamente no país, visto que as estatísticas calculavam que 90% da população colombiana estava afetada por esta doença parasitária.<sup>381</sup>

Os motivos patronais eram evidentemente mais práticos que demagógicos, como se observa no caso descrito por Calle para EMZ. De fato, os comentários acerca da diminuição da força de trabalho evidenciam uma preocupação com a produtividade e o rendimento, antecipando algumas das questões destacadas no contexto de racionalidade científica do trabalho entre os anos 1930 e 1940. Para mencionar um caso, em 1937, Emilio Morales referiu-se ao tema, explicando que, durante a atividade muscular, aumentava a quantidade de sangue lançado ao coração. O volume circulatório por minuto subia até 4 a 5 litros, podendo ser de 17 ou 21 litros. “Esta noção é importantíssima, porque ajuda a compreender o motivo do pouco rendimento dos trabalhadores anemiados pela ‘uncinaria’, já que a insuficiência qualitativa e quantitativa de seu sangue faz com que, por um processo natural de defesa, o esforço muscular do organismo se reduza ao mínimo.”<sup>382</sup>

Resumindo, na Europa, a ancilostomíase era uma doença do trabalho, ao passo que na América Latina, foi fundamentalmente um problema de saúde coletiva, com um forte componente social e moral. Contudo, houve autores que assinalaram a possível relação entre o trabalho e o compromisso que os patrões podiam ter na prevenção desta doença entre seus trabalhadores.

Com estes elementos, cabe perguntar por que uma doença com importância na economia, peso na produtividade e distribuição ampla entre a classe trabalhadora não foi aceita como acidente de trabalho ou doença profissional. Isto considerando que lugares como Bélgica ou Chile a reconheciam como tal, e era indenizável para os trabalhadores. Estava demonstrado por alguns pesquisadores igualmente que os grãos

---

<sup>381</sup> O balanço de Castro oferece argumentos para todos os gostos. Diretor da Campanha Departamental contra o ancilóstomo, a defendia desde o biológico, moral, patriótico, econômico e estatístico. Evidentemente, se tratava de um funcionário muito esforçado.

<sup>382</sup> MORALES, *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo*, op. cit., p. 15.

de café e os brotos de bananeiras eram meios propícios para o desenvolvimento da larva<sup>383</sup>, quer dizer, as condições de trabalho agrícola estavam entre os fatores de risco profissional.

A lei n. 6 definiu doença profissional como o estado patológico resultante da categoria de trabalho que desempenhava o indivíduo, ou do meio em que tivesse sido obrigado a trabalhar, fosse por agentes físicos, químicos ou biológicos. Assim, a lei abria a porta para que fossem reconhecidas como profissionais praticamente todas as doenças tropicais. Afortunadamente, disse Agustín Arango, para evitar consequências graves na economia agrícola, o legislador fez a ressalva de somente considerá-las como doenças profissionais quando as adquirissem os encarregados de combatê-las<sup>384</sup>.

Em países como Brasil e Argentina, tinha-se colocado a mesma questão, e também o legislador tinha feito ressalvas similares. No Brasil, por exemplo, o decreto 24.637 de 1934, que substituiu a Lei de Acidentes de Trabalho de 1919, determinava que eram

doenças profissionais [...] além das inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade, as resultantes exclusivamente do exercício do trabalho, ou das condições especiais ou excepcionais em que o mesmo for realizado, não sendo assim consideradas as endêmicas, quando por elas forem atingidos empregados habitantes da região.<sup>385</sup>

Na mesma época, Nerio Rojas insistia, na Argentina, sobre a importância de não confundir as consequências advindas do trabalho com o fato anormal de aquisição de uma doença de origem microbiana e parasitária. No caso de um trabalhador sofrer de peste bubônica ou paludismo, “não se tratava de uma doença profissional, mas de uma doença adquirida por um acidente de trabalho”.<sup>386</sup> As palavras deste

<sup>383</sup> SERPA FLÓREZ, Fernando. **El cultivo del café en Colombia y sus aspectos médico-sociales**. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1953, p. 71.

<sup>384</sup> ARANGO SANÍN, Enfermedades profesionales, op. cit.

<sup>385</sup> ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. Doenças e trabalho: Um olhar sobre a construção da especialidade Medicina do Trabalho, In: CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças II** Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, p. 182.

<sup>386</sup> SARMIENTO LÓPEZ, Enfermedades profesionales, op. cit., p. 4.

conhecido médico-legista argentino serviram ao médico colombiano Guillermo Sarmiento para afirmar que, num país tropical como Colômbia, o anormal era não adquirir anemia tropical ou paludismo, ou seja, eram doenças resultantes do trabalho. Por isso, ele considerava incrível que, para os trabalhadores do setor agrícola, o legislador colombiano não tivesse aceito como profissionais as doenças como ancilostomíase e paludismo.

Todavia, a posição de Sarmiento era atípica; já a perspectiva de Arango era a mais comum entre políticos e médicos. Os argumentos médicos entendiam que não havia razões para considerar as doenças tropicais como profissionais, pois o trabalho não era causa exclusiva e determinante para adquiri-las, e os habitantes da mesma região tinham o mesmo risco de serem atingidos por elas, já que estavam igualmente expostos. Aliás, considerar a tal responsabilidade significava atribuir ao patrão a culpa pelos defeitos do saneamento, o que ia em detrimento de toda a classe de cultivo.

Nesse ponto, as razões médicas se misturam com os argumentos econômicos, segundo os quais o reconhecimento da anemia tropical e do paludismo como doença profissional representaria um golpe mortal na economia nacional. Para Arango, um fazendeiro que tivesse que contratar, durante a época de colheita do café, um grande número de trabalhadores, que

não pode selecionar pelo premente do tempo, sem médicos que façam exame de admissão ou com eles afrontando o alto custo do exame, e o sem-número de rejeições que mermariam a mão de obra, teria que encarregar-se, uma vez passada a colheita, de tratar medicamente a um grande número de trabalhadores, para não dizer a totalidade.<sup>387</sup>

Esse raciocínio não era novo. Em 1935, Alejandro López manifestou seu desconforto com o projeto de lei sobre acidentes de trabalho, no qual se pretendia incluir as doenças dos trabalhadores. Argumentava que, se queriam favorecer o operário, era preciso cuidar do patrão. Mas ao tornar o patrão responsável pela contaminação do solo, absorviam-se todos os recursos das empresas. Sendo que “os deveres coletivos corresponde levá-los à coletividade. Porque é ao

---

<sup>387</sup> ARANGO SANÍN, *Enfermedades profesionales*, op. cit., p. 2.

Estado que corresponde fazer o que o indivíduo não deve, não quer e não pode fazer”.<sup>388</sup>

A definição médico-legal de doença profissional ajudava a separar as coisas que cabiam ao patrão e as coisas que eram responsabilidade do Estado. Entretanto, viu-se, na primeira parte deste capítulo, quão difícil era definir uma doença profissional, e o quanto os limites eram incertos em termos médicos. Justamente por isso é que houve, nos anos 1940, autores que defenderam a inclusão das doenças tropicais num regime de previdência social. Não há muito mistério em torno dos resultados do debate. Naturalmente, este tipo de doença permaneceu no âmbito público.

Os que eram contrários à inclusão pensavam que as doenças tropicais afetavam toda a população, e os agentes de propagação podiam atingir todos os indivíduos de uma região, sem distinguir atividade econômica desenvolvida. Isso queria dizer, por exemplo, que quando um contingente de trabalhadores era deslocado para uma região de escassa população, para reparação de ferrovias ou construção de carreteras, tal como tinha acontecido no Peru, com a construção do Ferrocarril de Callao-Oroya, que permitiu a identificação da doença endêmica denominada *mal de Carrión*, *bartonellosis* ou *febre de oroya*. Luis Patiño Camargo, diretor do Instituto Federico Lleras Acosta da Colômbia, tinha claro que era um grave problema de saúde coletiva, quando pedia informações ao colega peruano Daniel Mackehenie.<sup>389</sup> Mas quando, em 1949, na sua tese sobre medicina do trabalho, Quintero destacou o Decreto 886 de 1939, pelo qual se propunha a construção de moradias para os trabalhadores camponeses de Nariño, por conta da gravidade da epidemia de bartonellosis, insinuava novamente esse difícil limiar entre uma doença do trabalho e uma questão de saúde pública.<sup>390</sup>

---

<sup>388</sup> O mesmo López, como diretor da EMZ, havia impulsado a criação de um departamento sanitário que, entre outras ações, enfrentou a ancilostomíase. Entretanto, a crítica coincidia com o intervencionismo social de inspiração keynesiana, que promovia e defendia o governo liberal. Ver MAYOR MORA, *Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)*, op. cit., p. 540.

<sup>389</sup> NACKEHENIE, Daniel; PATIÑO CAMARGO, Luis. La actualidad médico-social. Un diálogo internacional sobre la enfermedad de Carrión. *Revista Colombiana Médica*. v. II, n. 3-4, p. 95-99, 1940.

<sup>390</sup> QUINTERO SANABRIA, *Anotaciones a medicina del trabajo*, op. cit., p. 85.

Para José Miguel Restrepo, não havia dúvidas de que existia um grupo de doenças de origem biológica exógena, que podiam ser consideradas doenças profissionais, pois constituíam um risco específico para os operários, pelas condições excepcionalmente propícias que reunia o local em que tinham que desempenhar os trabalhos. Pense-se, por exemplo, nos trabalhadores das ferrovias que sofriam do *mal de carrión*, mas também naqueles que trabalhavam na construção do Ferrocarril de Antioquia, na Tropical Oil Company ou na United Fruit Company, que tinham que enfrentar permanentemente o paludismo, a febre amarela, a ancilostomíase, entre outras doenças<sup>391</sup>. De fato, tirando o risco de perder a vida ou as possibilidades de contágio, a questão é que as doenças produziam incapacidade para o trabalho. No caso da malária, não era menor a quinze dias, depois de regulada a febre e, segundo Restrepo, era possível uma recaída pelo desgaste ou traumatismo do trabalho<sup>392</sup>.

No quesito das doenças tropicais, se percebe com clareza o problema da transferência da definição das doenças profissionais, pensada para contextos produtivos e geográficos absolutamente diferentes dos europeus. As características das indústrias nacionais favoreciam uma grande quantidade de lesões e perturbações funcionais, adquiridas pelo contato com diferentes agentes climáticos, picaduras de insetos, insolação etc. Este vazio na legislação de acidentes de trabalho, com ausência de medidas de proteção para os trabalhadores camponeses, mostrava o abandono social de um dos setores mais importantes da economia nacional. Este defeito legislativo, segundo Darío Echandía, era um incitador de migração de camponeses para a cidade, onde um “inconsulta e anárquico sistema” concedia previdência social aos operários, obviamente em detrimento do desenvolvimento econômico da indústria urbana.<sup>393</sup>

Em conclusão, no que dizia respeito às doenças tropicais, havia um denominador comum entre políticos e acadêmicos: as doenças tropicais não podiam ser responsabilidade direta dos patrões, porque tal

---

<sup>391</sup> RESTREPO, *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia*; LUNA-GARCÍA, *Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951*, op. cit.; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras*.

<sup>392</sup> RESTREPO, *Algunos apuntes sobre medicina del trabajo*, op. cit., p. 193.

<sup>393</sup> RESTREPO GÓMEZ, *Apuntes sobre enfermedades profesionales*, op. cit., p. 36–37.

elasticidade na previdência social era uma carga injusta e um suicídio para a economia agrícola e pecuária. Entretanto, a maioria concordava que era necessário promover condições mínimas de alimentação, latrinas, abastecimento de água, fornecimento de calçados e vestuário nos lugares de trabalho. Numa perspectiva mais sensível ao drama operário, estavam aqueles que viam como equivocada a posição do legislador ao desconhecer ou excluir as endemias tropicais. Observavam com certo desconforto o fato de apenas incluí-las para aqueles encarregados de combatê-las, sendo que na prática, eram os que tinham mais garantias. Em conclusão, teria feito melhor o legislador reconhecendo as doenças dos trabalhadores rurais mais que as dos trabalhadores urbanos, pois ainda nos anos 1940, uma parte considerável da economia nacional se construía em acampamentos “selváticos”, explorações mineiras isoladas, fazendas cafezeiras ou carreteiras da industrialização, onde “uma extensa família de dolências procedentes da insalubridade da quente e baixa zona”<sup>394</sup> afetava os trabalhadores.

### 3.4. Tuberculose no mundo laboral colombiano

Há uma longa tradição historiográfica sobre a tuberculose. Pesquisadores de diferentes partes do mundo têm analisado as diversas facetas históricas desta doença, entre elas, a relação entre tuberculose e trabalho, tuberculose e classe trabalhadora<sup>395</sup>. Na historiografia

---

<sup>394</sup> VALBUENA, Martiniano. **Memorias de Barrancabermeja**. Bucaramanga: Editorial El Frente, 1997, p. 215, apud; LUNA-GARCÍA, **Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951**, op. cit., p. 128.

<sup>395</sup> Por exemplo: ARMUS, Diego. **La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950**. Buenos Aires: Edhasa, 2007; GREENLEES, Stop Kissing and Steaming!'; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; PÔRTO, Ângela. Tuberculosis en Rio de Janeiro: límites de la acción del estado y protagonismo de la liga brasileña contra la tuberculosis. **Revista Estudios**. n. Número Especial, p. 69–83, 2012; MOLERO-MESA, Jorge. ¡Dinero para la cruz de la vida! Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. **Historia social**. n. 39, p. 31–48, 2001; CARRILLO, Ana María. Los modernos minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México. **Revista Estudios**. v. 0, n. Historia de la tuberculosis en América Latina, p. 85–101, 2012; MCIVOR, Arthur, Germs at Work: Establishing Tuberculosis as an Occupational Disease in Britain, c.1900–1951. **Social History of Medicine**. 2012; RAJCHENBERG, El Tributo al Progreso, op. cit.; BERTOLLI

colombiana, ao contrário, é um tema que apenas começa a ser explorado. As poucas publicações percebem a tuberculose como objeto historiográfico<sup>396</sup> ou como doença social e de saúde coletiva<sup>397</sup>. Por outro lado, existe uma historiografia da medicina e da saúde que analisa indiretamente o problema, em relação com outras doenças sociais. Destes trabalhos, se pode concluir que, para reformadores e médicos, a tuberculose era um problema das classes carentes, somado a outros fatores de risco, como o alcoolismo, a sífilis, as heranças mórbidas ou a degeneração da raça.

De alguma forma, a historiografia colombiana, sem pesquisar o problema da tuberculose, conseguiu dar algumas pinceladas para identificar os três eixos característicos da discussão médica e política da época sobre o tema. Isto é, por um lado, havia os que consideravam, depois das descobertas de Robert Koch, que o contágio e o bacilo eram as causas principais. Por outro lado, estavam os que pensavam que a base de todo o problema era a predisposição mórbida hereditária dos indivíduos, a diminuição da energia vital e a degeneração local e geral. Finalmente, havia os que, além do bacilo e da predisposição, consideravam evidentes os fatores sociais como a pobreza e a má alimentação da maioria da população.

Dito assim, parece que havia divisões absolutas, quando na realidade, higienistas e tisiologistas apontavam a mistura de ações profiláticas, que iam desde o isolamento dos doentes, passando pela luta contra o alcoolismo e outras práticas consideradas debilitantes, até

---

FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2001.

<sup>396</sup> MÁRQUEZ, Jorge. Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. **Estudios**. Número especial | Historia de la tuberculosis en América Latina, p. 103–118, 2012; MÁRQUEZ, Jorge; GALLO, Oscar. Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia. **Política & Sociedad**. v. 10, n. 19, p. 71–95, 2011.

<sup>397</sup> CONGOTE, **Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín 1900-1930**, op. cit.; JALIL-PAIER, Hanni; DONADO, Guillermo. Socio-political implications of the fight against alcoholism and tuberculosis in Colombia, 1910-1925. **Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)**. v. 12, n. 3, p. 486–496, 2010; MÁRQUEZ, Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia, op. cit. Ainda no prelo se pode destacar ESTRADA, Victoria; GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge. Tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, décadas de 1930 y 1940. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**.

assinalar a necessidade de se construírem habitações para a classe operária ou tentar melhorar sua alimentação. Como disse José J. de la Roche, “na luta contra o terreno tuberculizável, está envolvida a questão social, porque a invasão parasitária faz os maiores estragos nas classes pobres, esgotadas pela miséria, pelo alcoolismo e pelas doenças”<sup>398</sup>.

Além desse horizonte, no qual parece dominar uma espécie de moral biológica, alguns historiadores têm mostrado, recentemente, o impacto da termodinâmica na construção de um conhecimento sobre a nutrição, a raça e a doença. Outros têm se deparado com uma prática médica imbuída dos desafios da medicina rural ou de terreno, menos demagógica e mais concentrada em resolver problemas concretos de saúde.<sup>399</sup>

Juntando os pedaços deste quebra-cabeça, pode-se afirmar que a história da tuberculose está impregnada de aspectos biológicos, sociais e culturais. Em certas ocasiões, parece ser mais biológica, em outras, mais cultural, e às vezes, parece que se inclina ao social. Porém, não parece haver uma nota dominante, pelo contrário, há ressonâncias com diversas correntes do pensamento e vozes acerca da multicausalidade da doença. As relações da tuberculose com o mundo laboral podem ser situadas nesse horizonte, em que se procura mostrar a riqueza do discurso médico em torno da saúde e da doença.

É preciso dizer que o problema histórico das relações entre a tuberculose e o trabalho não será analisado em todas suas dimensões. Interessa, fundamentalmente, responder se a tuberculose era considerada uma doença profissional, e quais foram os debates sobre o tema. Assim, mantém-se o foco do capítulo sem perder a oportunidade de fazer um aporte à história social da tuberculose. Cabe anotar que a associação causal entre o ambiente de trabalho e a tuberculose inscreve-se num debate mais amplo, acerca da doença profissional, próprio do período entreguerras, com alcance igualmente global.

Para os médicos da época, a tuberculose era um problema social, consequência de vários fatores concomitantes, entre eles, o trabalho. Neste sentido, foram descritas três facetas do problema. A primeira diz respeito à tuberculose como fator de risco profissional. A segunda fala da tuberculose como fator incapacitante. Finalmente, a terceira descreve

---

<sup>398</sup> DE LA ROCHE, *Profilaxis de la tuberculosis*, op. cit., p. 318–319.

<sup>399</sup> POHL-VALERO, “La raza entra por la boca”, op. cit.; MÁRQUEZ VALDERRAMA, *La extensión de la medicalización al mundo rural antioqueño a comienzos del siglo XX*, op. cit..



a tuberculose como um problema de responsabilidade patronal, social e/ou coletiva.

Como risco profissional, a maioria dos médicos considerava que existiam poucos ofícios ou classes de trabalhos que causavam, diretamente, a tuberculose. Distinguiam determinadas atividades ou certas condições de trabalho favoráveis à aparição, por presença de fatores coadjuvantes ou predisponentes, como o pó de sílice. No que tange às indústrias têxteis e o trabalho manufatureiro em geral, eram destacadas algumas “vicissitudes atmosféricas”, como a poeira em muitas fábricas, a péssima ventilação, as condições anti-higiênicas, as posturas corporais, a fadiga etc. Adicionalmente, foram registradas práticas como o “beijo da morte”, que consistia no empréstimo, entre os operários têxteis, das lançadeiras de porcelana. Eram todos fatores coadjuvantes que aumentam o risco de contágio da tuberculose e também da sífilis.

Em torno dos anos 1920, se debateram as possibilidades de um traumatismo gerar tuberculose. Alguns autores desconsideravam este risco, argumentando que o bacilo era necessariamente a causa primeira, e um acidente não poderia gerar por si só uma doença. No entanto, em termos clínicos, a dúvida tinha razão de ser, pois se acreditava que a maioria dos adultos era “tuberculizável”, ou seja, podia ser portadora do bacilo, e o traumatismo poderia ser um fator detonante da doença. Na opinião de José Calderón, a negação ou aceitação do traumatismo como fator desencadeante dependia da inclinação do médico pela hipótese bacteriológica ou pela hipótese clínica.<sup>400</sup> O fato é que, nos anos 1940, a ideia do traumatismo torácico, com ou sem fratura costal, era visto, segundo diversos estudos, como um fator revelador da tuberculose. A principal razão é que rompia o equilíbrio orgânico, despertando lesões pulmonares. Em outras palavras, o traumatismo poderia localizar, revelar ou agravar uma tuberculose.

Em segundo lugar, destacava-se a tuberculoses como fator incapacitante e obstáculo ao trabalho, limitante das boas condições laborais. O habitual era prescindir dos serviços do trabalhador tuberculoso ou trasladá-lo a outra seção da empresa, onde não representaria um risco para seus companheiros. Isto conduzia, necessariamente, a um agravamento paulatino da doença. Adicionalmente, sobre o tuberculoso pesavam estigmas clínicos e

---

<sup>400</sup> CALDERÓN REYES, *Estudio medico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo*, op. cit., p. 49.

sociais, que limitavam as possibilidades de reabilitação laboral. O exame de ingresso materializava qualquer suspeita e acentuava, em muitos casos, os temores patronais acerca dos perigos e da capacidade de trabalho do indivíduo. A higiene, no caso da tuberculose, consistia, antes de tudo, no isolamento do doente, dizia um aforismo médico<sup>401</sup>.

A ideia da tuberculose como fator incapacitante pode ficar mais clara considerando-se a classificação das aptidões fisiológicas para o trabalho. De acordo com a Sociedade Colombiana de Medicina do Trabalho, os aspirantes podiam classificar-se em quatro grupos, (de *a* a *b*) de acordo com o tipo de doenças que os afetavam. Parafraseando os médicos da sociedade, a classificação tinha por objetivo uniformar os exames de admissão do país, de maneira que fosse possível realizar um estudo das condições sanitárias do povo colombiano e aproveitá-las em futuras campanhas de prevenção e profilaxia. O segundo objetivo era “adotar uma norma que consultasse os interesses das partes e que, ao mesmo tempo, permitisse realizar o labor social de aproveitamento do material humano.”<sup>402</sup>

No dizer dos médicos do trabalho, a utilização dos inválidos e doentes era um problema de primeira necessidade, dada a apreensão de diretores e gerentes de empresas, que consideravam o aumento das obrigações sociais, de acordo com o número de acidentes. Paradoxalmente, enfatizavam, este tipo de trabalhador era mais cuidadoso e sofria menos acidentes, segundo estatísticas dos Estados Unidos. Ao classificar os operários, pretendia-se confrontar os riscos da empresa e o estado fisiológico do indivíduo, para impedir que a afecção se agravasse ou se tornasse um perigo para seus companheiros. Em definitivo, “aproveitar a parte útil de um doente, respeitando, ao mesmo tempo, sua parte inútil”<sup>403</sup>.

No grupo (A) estavam todos aqueles indivíduos aptos fisicamente para qualquer atividade. No grupo (B), aqueles que apresentavam defeitos ou doenças sem importância, que, na maioria dos casos, não diminuíam a capacidade do trabalho e podiam ser tratadas facilmente. No grupo (C) estavam aqueles que, por padecer de defeitos físicos

---

<sup>401</sup> ARBOLEDA DÍAZ, Carlos. Que puesto deben ocupar los “preventorios” en la campaña contra la tuberculosis en Colombia. **Colombia Médica**. v. I, p. 443–444, 1939.

<sup>402</sup> SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA DEL TRABAJO. Examen de admisión empleados y obreros no especializados. **Salud y Trabajo**. v. I, n. 3, p. 12–19, 1947, p. 12.

<sup>403</sup> *Ibid.*, p. 12.

importantes, somente podiam efetuar trabalhos limitados e selecionados para eles, o que requeria um tratamento prévio ou intervenção cirúrgica, ou seja, os que deviam ser admitidos ou adiados. No grupo (D) estavam os inaptos. Falando de patologias concretas:

GRUPO A	GRUPO B
Aptos para qualquer atividade	Amidalite crônica, pequenas varizes, diminuição moderada da acuidade visual, piorreia ou mal estado da dentição, diminuição moderada da agudeza auditiva, varicocele, dilatação dos anéis inguinais
GRUPO C	GRUPO D
Sífilis, a hérnia, varicocele de grande tamanho, coto simples, varizes de regular tamanho, lesões cardíacas compensadas, asma, ligeira hipertensão arterial, perda da visão de um olho ou grande diminuição da acuidade em ambos, perda da audição em um ouvido ou grande diminuição em ambos, amputação de um membro, fraturas consolidadas, pequenas amputações.	Sífilis, tuberculose, lesões cardíacas não compensadas, epilepsia, coto tóxico, grande hipertensão arterial, diminuição da acuidade visual a menos de 20/20 nos dois olhos, outras doenças de condições similares, reumatismo articular agudo.

**Tabela 2 Classificação das doenças para os aspirantes ao trabalho**

Roberto Lleras explicou a classificação, destacando que o primeiro grupo era o ideal para todo empresário, e que o segundo deveria ser aceito sem hesitações, embora pudesse significar, no futuro, “alguma carga econômica”.<sup>404</sup> Em ambos os casos, o médico deveria apenas comunicar a empresa de que eram trabalhadores aptos, sem acrescentar outras informações. O grupo (c), ainda segundo Lleras, poderia abranger aqueles indivíduos cuja condição não era modificável com tratamentos, portanto, poderiam ser aceitos desde que em ofícios apropriados e remetidos aos diretores da empresa com uma nota especial. No caso de a situação ser modificável por tratamentos ou

<sup>404</sup> LLERAS, *Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial*, op. cit., p. 55–62.

intervenção cirúrgica, o recomendável seria remetê-los ao serviço oficial de medicina do trabalho, “que se encarregara de devolvê-los à vida ativa”. Os indivíduos do grupo (d) deveriam ser imediatamente enviados ao serviço oficial.

De 855 exames praticados durante um ano, apenas 58% classificaram os operários nos dois primeiros grupos. Conclui-se daí as “péssimas condições de saúde de nossos trabalhadores e a urgência de que o Estado tome rápidas medidas para remediar a situação”, segundo Lleras. Dos 282 operários com contratação adiada, considerava ser possível devolver 32,98% deles à vida ativa. Julgava altíssima a cifra de 77 aspirantes rejeitados (9% deles), pois nos Estados Unidos, se estimava uma porcentagem de rejeição de 6%. O panorama se tornava mais dramático, porque para completar um quadro de 100 trabalhadores, baseados na classificação, algumas indústrias precisavam fazer entre 180 e 200 entrevistas. O próprio Lleras admitia que toda aquela conduta de rejeição ia em grave prejuízo do proletariado e precisava de uma rápida modificação.

Para completar, o autor especificava as causas pelas quais alguns operários tiveram sua contratação adiada e outros foram rejeitados. No primeiro caso, 174 contratações foram adiadas por sífilis, 40 por hérnias, 33 por varicocele, 22 por varizes, 13 por outras causas não especificadas. No grupo dos rejeitados, 60 o foram por sífilis, 8 por tuberculose, 9 por outras causas. As cifras baixas de tuberculose explicam-se pelas dificuldades de se praticar os exames médicos ou pela resistência de alguns trabalhadores em retornar às provas depois dos primeiros diagnósticos.

Em definitivo, Lleras observava com angústia que a principal causa de rejeição dos trabalhadores fora a sífilis, o que era realmente preocupante, pois cada sífilítico geralmente tinha uma esposa em iguais condições. Por outro lado, surpreendeu-o o número de tuberculosos, pois supunha que as cifras eram muito mais altas, dadas as condições dos trabalhadores colombianos, as estatísticas nacionais e as internacionais. O Escritório Sanitário Pan-Americano estimava, na Colômbia, 150 mortos por cada 100 mil habitantes, 13.500 mortos ao ano e 38 ao dia.<sup>405</sup> No Chile, um dos referentes nacionais no tema de

---

<sup>405</sup> ROJAS B., PEDRO C. Nuestra legislación social frente al tuberculoso: seguro social contra la tuberculosis, **Heraldo Médico**. v. 1, n. 7, p. 19, 1940. Sobre as estatísticas da tuberculose na Colômbia, ver ESTRADA; GALLO; MÁRQUEZ, Tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, décadas de 1930 y 1940, op. cit..

seguros sociais, a Caixa de Previdência Social estimava, na mesma época, uma situação alarmante de 11 mil mortes anuais entre 1931-1935, uma média de 2,55 por mil nesses cinco anos, e um morto a cada 20 minutos.<sup>406</sup>

Com relação às responsabilidades individuais, patronais e coletivas e/ou sociais sobre a doença, pode afirmar-se que, durante praticamente toda a primeira metade do século XX, o trabalhador com tuberculose podia, eventualmente, receber ajuda econômica do patrão, por conta do risco para seus congêneres, assim como pelo risco de desajuste na cadeia produtiva e pela busca de redução do absenteísmo e outros fatores contrários ao rendimento. Não era obrigação patronal, mas era certamente visto como censurável que as empresas se desinteressassem totalmente de um operário doente.

Uma doença contagiosa como a tuberculose era mais que um problema individual ou privado. Entranhava um perigo social, ao qual deviam fazer frente tanto o Estado quanto as empresas, pois, entre outros fatores, o trabalhador carecia dos recursos suficientes para os longos tratamentos. Em outras palavras, era um problema de prevenção que competia a ambos, porque lhes interessava o menor número possível de indivíduos inábeis.

A EMZ parece ter sido a primeira indústria colombiana a preocupar-se com a tuberculose. Numa matéria de 1910, o médico da EMZ, Miguel María Calle, informava aos leitores do jornal *La Organización* sobre os efeitos da doença<sup>407</sup>. Há que se dizer que a matéria não tem nada de original no etiológico e na profilaxia da doença, sobressaindo-se unicamente porque insinuou uma rara preocupação empresarial com a tuberculose no nascente panorama industrial colombiano.

Para Calle, o primeiro passo era enfrentar o enfraquecimento e o raquitismo, tão visíveis nas crianças em razão da má alimentação e da utilização de *aguadulce* (bebida feita de rapadura) e carne em detrimento do leite materno. A debilidade facilitava, assim, o desenvolvimento da tuberculose. A empresa proporcionava leite aos operários, e planejava vender leite condensado e farinha láctea a baixos preços. Além da má alimentação, considerava que outro fator debilitante

---

<sup>406</sup> GARCÍA, José María. Caja de Seguro Obligatorio en Chile. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**. p. 300-336, 1940, p. 330.

<sup>407</sup> CALLE, Miguel María. Empresa de Zancudo y Chorros. Enseñanza del médico de la empresa para los obreros (Tuberculosis). **La Organización**. 559. ed. p. 3, 1910.

era o alcoolismo. Pais alcoólicos gerariam filhos de constituição enfermiga, indivíduos degenerados moral e fisicamente, incapazes de suportar climas danosos e as fadigas do trabalho, estorvos para a família e a coletividade.

A parte destes antecedentes orgânicos, segundo Calle “a principal causa para a propagação da tuberculose era o contágio”. E reiterava sobre a contagiosidade da tuberculose, “muito especialmente a dos mineradores”, porque entre eles existia a ideia errada de que não era contagiosa. Assinalava algumas medidas higiênicas que os trabalhadores doentes deveriam pôr em prática, a fim de manter os auxílios que a empresa lhes fornecia. Entre as medidas, podem ser mencionadas evitar tossir sobre as pessoas e sobre os objetos da casa, evitar cuspir no solo, dormir isolados do restante da família e em habitações ventiladas, atentar ao uso exclusivo de pratos, colheres e roupas, entre outras. Vários anos depois, o escritor e engenheiro Efe Gómez afirmava que, na EMZ, os tuberculosos eram isolados convenientemente, curados ou aliviados, que se incendiavam as “casas empestadas” e que se “constroem, para os sãos, casa novas”<sup>408</sup>. Isso confirma que realmente existiu uma política de combate à tuberculose nesta indústria.

De modo similar, em 1919, a Junta Diretiva do Ferrocarril de Antioquia concordou que a empresa podia, eventualmente, se encarregar dos custos de hospitalização dos operários com mais tempo de trabalho afetados pela tuberculose; além disso, considerou oportuno conceder-lhes transporte, medicamentos e o salário durante seis meses. A longo prazo, afirma a historiadora Libia Restrepo, esta prática significou uma verdadeira calamidade, pois os trabalhadores eram “deportados” para seus lugares de origem, uma vez confirmada a doença. O que era bom para a ferroviária era ruim para as entidades departamentais de saúde, pois disseminava-se o mal por diversas regiões.<sup>409</sup>

Desde os anos 1910, havia certo reconhecimento das relações da tuberculose com o trabalho e da responsabilidade coletiva pela doença. Nesse sentido, além das raras ações de algumas poucas indústrias, existiam várias leis e resoluções de caráter assistencial ou preventivo, pelas quais se procurou controlar a doença considerada (depois da lepra) uma grande epidemia e um problema econômico-social de grande

<sup>408</sup> GÓMEZ, Efe. La campana del conde. **En las minas**. v. II, n. 9, p. 372–380, 1935.

<sup>409</sup> RESTREPO, La **práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia**, op. cit., p. 46–77.

transcendência para o progresso do país.<sup>410</sup> Cabe aqui mencionar unicamente as políticas dirigidas direta ou indiretamente aos trabalhadores, pois a luta contra a tuberculose abrange um leque muito complexo de ações estatais sobre o grupo das denominadas doenças sociais.

A preocupação pela conservação da mão de obra e com os efeitos negativos da tuberculose esteve presente em todos os informes do Ministério de Governo, de 1917 até 1930. Como aconteceu com a lepra e a anemia tropical, existia uma dupla preocupação com o povoamento e o capital humano necessário para o progresso, dado que estes três flagelos sociais foram considerados os principais ceifadores de vidas. Com estes elementos em mente, a lei n. 66 de 1916 organizou a luta antituberculose. Os artigos 5 e 6 recomendavam aos proprietários das fábricas a proibição de se cuspir no solo, varrer em seco, utilizar cuspidadeiras, além de permitir a visita das autoridades públicas para vigiar o asseio e as demais condições dos estabelecimentos.

Também em 1916, a resolução 1 sobre profilaxia da tuberculose nas minas, determinou no departamento de Caldas, que os dormitórios das minerações deveriam ser arejados, e que os trabalhadores deveriam ter certificado de sanidade, sendo dever de cada inspetor de polícia velar pelo saneamento dos estabelecimentos de sua circunscrição. As resoluções 2, 3, 4 e 5 do mesmo departamento foram dirigidas à profilaxia em hotéis, escolas, colégios e fábricas. O mais provável é que estas louváveis iniciativas do médico Emilio Robledo não tenham saído do papel. De maneira similar, se iniciaram “campanhas de papel” ou manifestaram apoios verbais as administrações de Atlantico, Bolívar, Boyaca, Huila, Tolima, Valle, entre outros.<sup>411</sup>

Em 1917, o acordo n. 33 proibiu, pelo inciso (i) do artigo 1, que os tuberculosos trabalhassem em indústrias de alimentos. O artigo 7 determinava que fábricas e escritórios mantivessem os tuberculosos

---

<sup>410</sup> Sobre a lepra, ver OBREGÓN, Diana. **Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia**. Medellín: Eafit, 2002; MARTÍNEZ, Abel Fernando; GUATIBONZA, Samuel Alfonso. *Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916*. **Colombia Médica**. v. 36, n. 4, p. 244–253, 2005.

<sup>411</sup> BYNUM, William F. *Medicina y Sociedad en el siglo XIX*. In: **Histoire de la pensée médicale en Occident**; vol. 3, “Du romantisme à la science moderne”. Paris: Seuil, 1999, p. 295–317; ABADÍA MÉNDEZ, Miguel. **Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso de 1917**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1917, p. 41–82.

isolados dos demais empregados e operários, “mantendo-os nas melhores condições possíveis, e se lhes instruirá sobre os meios de impedir a propagação de seu mal”. Por outro lado, não era permitido o trabalho de mais de 10 horas para os homens, oito para as mulheres e seis para as crianças. Os homens tuberculosos não podiam trabalhar mais de oito horas, nem as mulheres mais de seis, sendo que “as crianças tuberculosas não podiam trabalhar”.<sup>412</sup> Além das boas intenções, a luta contra a tuberculose nesses primeiros anos se reduziu a campanhas inertes, com carência absoluta de recursos. Os horários de trabalho nas mulheres podiam alcançar até 14 horas, o que já permite imaginar o resto. O máximo que se fazia era distribuir cartilhas e panfletos “em toda a República”, em colégios, escolas, empresas de ferrovias e tranvias, mercearias, fábricas e bancos. Não é exagerado afirmar que havia, então, uma “luta de papel”.

Uma das primeiras ações de intervenção dirigida à indústria apareceu com a lei n. 15 de 1925. A norma obrigava a formulação de um regulamento aprovado pelas autoridades de higiene e o reconhecimento da empresa ou fábrica para obter uma patente de sanidade. Adicionalmente, determinava-se a disposição de cuspeiras com soluções sépticas, avisos com proibição de cuspir, sistemas de ventilação, certificados bimensais de constância de saúde dos operários e da salubridade dos sistemas de exploração nas minerações, proibição de se contratar pessoas com doenças infectocontagiosas em locais onde se elaboravam alimentos ou cigarros.

Aparentemente, a lei foi acatada em parte. Com respeito às cuspeiras, não se conhece muito bem o nível de aplicação, mas segundo alguns autores, era uma medida utópica, que raras vezes as empresas cumpriam e, por outro lado, excepcionalmente os trabalhadores se acostumavam a utilizá-las. A lei n. 15 de 1946 reiterou o procedimento das cuspeiras, e as críticas foram exatamente as mesmas.

Sobre os regulamentos sanitários, eram confusos, e as empresas terminaram por fixar unicamente o regulamento de trabalho. A resolução n. 2 de 1946 reiterou a importância de se fixar em lugar visível o regulamento de sanidade, mas também pretendeu superar vários dos vazios que, em matéria de higiene do trabalho, existiam pelo

---

<sup>412</sup> GARCÍA MEDINA, *Compilacion de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, op. cit., p. 260–264.



país. Determinou, para a proteção do pessoal, vários tipos de exames clínicos de admissão; dispôs várias medidas de proteção dentro da indústria, como uso de luvas, óculos, máscaras, fontes de água potável etc.; divulgação e educação para a prevenção dos acidentes; criação de um serviço médico da fábrica, encarregado tanto da atenção aos trabalhadores como da elaboração de um regulamento; requerimento de uma patente de sanidade para todas as empresas e carteira de sanidade para os trabalhadores.<sup>413</sup>

Como ocorreu com a normativa de 1925, na de 1946, as direções municipais de higiene foram encarregadas de vigiar seu cumprimento, além de emitir os certificados de sanidade para empresas e trabalhadores. Isso representava uma carga, que no caso concreto das carteiras de sanidade, era impossível de cumprir. Por isso, a resolução n. 6 de 1947 determinou que tudo o que se relacionasse à saúde dos trabalhadores era responsabilidade do médico da fábrica, e os registros de controle deveriam ficar à disposição das agências sanitárias. A resolução, como observa Quintero, procurava responsabilizar as empresas pela saúde de todos e cada um de seus trabalhadores, assegurando-se que estas criariam os serviços médicos. Apesar dos benefícios possíveis para agilizar o cumprimento da lei, a norma tinha o problema de legitimar a autonomia absoluta do empresariado sobre os serviços médicos, com os evidentes riscos que isso representava para o trabalhador.

Não é preciso ser exaustivo, o importante é assinalar que, nas primeiras quatro décadas do século XX, o problema da tuberculose foi combatido, fundamentalmente, mediante uma política assistencial e paternalista, com frágeis ações no campo preventivo. De fato, os primeiros vinte anos de política nacional antituberculosa parecem ter sido infrutuosos, qualitativa e quantitativamente. Em primeiro lugar, não se enfrentaram as principais causas que eram a pobreza e a má alimentação. Em termos assistenciais, a situação era igualmente precária, por falta de orçamento, dispensários e tisiologistas. Como se afirmou ironicamente, com base em dados da Controladoria Geral da República, o orçamento nacional para a luta contra a tuberculose e a defesa da infância era menor do que o valor anual que os colombianos gastavam em goma de mascar.<sup>414</sup> Em suma, estava-se muito longe das

---

<sup>413</sup> QUINTERO SANABRIA, *Anotaciones a medicina del trabajo*, op. cit., p. 88–90.

<sup>414</sup> HYGIAS. Moscas de Milán. *Heraldo Médico*. v. III, p. 21, 1943.

propostas do Primeiro Congresso Médico-Social Pan-Americano, segundo o qual as principais técnicas para a luta contra a tuberculose eram pesquisa, tratamentos ambulatoriais e domiciliares, isolamento do doente e campanha de educação sanitária.<sup>415</sup>

Frente à gravidade do problema e a ineficácia da política pública, houve projetos para criação de seguros de responsabilidade compartilhada. Assim, em 1940, Pedro Rojas propôs um projeto de lei sobre o seguro obrigatório contra a tuberculose,<sup>416</sup> que se alimentaria dos aportes mensais dos trabalhadores, empregadores, Estado e filantropia. A ideia de um seguro para a tuberculose era coerente com o perigo social da doença e tinha na região alguns exemplos provavelmente conhecidos por Rojas. Em 1939, o então presidente brasileiro Getúlio Vargas buscou atribuir aos institutos de pensões a responsabilidade sobre os trabalhadores tuberculosos. Dessa maneira, queria suprir, com a participação dos trabalhadores e os empregadores, a longa ausência estatal no que dizia respeito à “peste branca”.<sup>417</sup> No México, aconteceu algo semelhante, quando Lázaro Cárdenas propôs um projeto de lei de previdência social que, entre outros aspectos, contemplava um seguro de doença para a tuberculose.<sup>418</sup> Por sua vez, a Caixa de Previdência Social de Chile reconheceu como as principais causas de mortalidade no país a sífilis, a tuberculose e as afecções cardiovasculares, portanto, recomendava estabelecer serviços de medicina preventiva, que permitissem descobrir precocemente o desenvolvimento dessas doenças, assim como das doenças profissionais (saturnismo, antracose, silicose e ancilostomíase). Louvável ação pela qual se procurou a conservação da capacidade produtora da classe operária, e não unicamente a indenização.<sup>419</sup>

O projeto de Rojas não foi aprovado na Colômbia, e foi necessário esperar até o segundo lustro da década de 1940, quando várias reformas modificaram o estatuto jurídico e social da tuberculose. Em 1946, se reconheceu finalmente a tuberculose como doença profissional. Mas antes, várias polêmicas suscitadas em torno da

---

<sup>415</sup> Recomendaciones del I Congreso Médico-social Panamericano. **Heraldo Médico**. v. V, p. 25–28, 1946.

<sup>416</sup> ROJAS B., Pedro C. Nuestra legislación social frente al tuberculoso (conclusión). **Heraldo Médico**. v. I, n. 7, p. 19–20, 1940.

<sup>417</sup> BERTOLLI FILHO, **História social da tuberculose e do tuberculoso**, op. cit., p. 71.

<sup>418</sup> CARRILLO, Los modernos minotauro y Teseo, op. cit., p. 92.

<sup>419</sup> GARCÍA, Caja de Seguro Obligatorio en Chile, op. cit., p. 330–331.

definição de doença profissional já faziam imaginar que o legislador optaria por um reconhecimento da tuberculose absolutamente restritivo.

Em 1939, consultado pelo DNT, o médico do trabalho Agustín Arango afirmou que, sem dúvida, não era possível aceitar como doença profissional a tuberculose que tinha causado a morte de um trabalhador no porão de um navio<sup>420</sup>. A alegação de Arango sobre o tuberculoso foi a mesma que utilizou, anos depois, para o caso das doenças tropicais. Segundo ele, não era possível considerá-las profissionais, porque “eram poucos os seres humanos que, no curso de suas vidas, não tiveram uma infecção tuberculosa mais ou menos discreta”; “todos tínhamos algo de tuberculoso”; a tuberculose seria consequência do despertar de uma infecção contraída na infância. Sobretudo, se apresentava em qualquer profissão, era imprevisível, se comparada, por exemplo, com o saturnismo, e seu começo era dramático, e não lento como era típico das doenças profissionais.

É inevitável fazer, de passagem, um comentário sobre o contraste entre as causas de rejeição descritas por Lleras e as afirmações de Arango. Do exposto pelo primeiro autor, se deduz que os tuberculosos estavam praticamente destinados à caridade pública e, excepcionalmente, podiam ser contratados. Esta situação de desamparo não parecia ter importância para Arango. Claro que, quando publicou seu artigo, a classificação descrita por Lleras não existia, mas é difícil não imaginar que ele era absolutamente consciente da precariedade à qual se via empurrado um trabalhador tuberculoso.

Apesar de não existir amparo legal para as doenças profissionais, a consulta sobre o trabalhador do navio se deu porque, dois anos antes, a resolução n. 42, relacionada com o Pacto de 17 de Julho de 1937, entre a DNT e as empresas de navegação do rio Magdalena, tinha estabelecido que as empresas de navegação se comprometeriam a indenizar os trabalhadores pelas doenças ocasionadas pelos serviços prestados. Segundo o mesmo artigo, as causas que originavam as doenças eram enfreamentos bruscos e repetidos das máquinas, a carregamento e descarregamento de mercadorias durante os dias de chuva e intoxicações digestivas produzidas por alimentos adulterados. E as doenças eram: anginas, catarros nasais, bronquites, pneumonias, tuberculosas, pleurisias, reumatismo muscular e articular e seus derivados, lumbagos,

---

<sup>420</sup> ARANGO SANÍN, Agustín ¿Puede considerarse la tuberculosis como una enfermedad profesional? **Colombia Médica**. v. 1, n. 4, p. 148–149, 1939.

congestão renal e suas complicações e botulismo. No debate em torno da resolução, o Ministro de Indústrias e Trabalho destacou que, para não agravar a economia das empresas, o alcance deveria se restringir àquelas doenças que tinham um indiscutível, definido e inegável vínculo de causalidade com o trabalho desempenhado. Isto significava que estava nas mãos do patrão provar que a doença podia ter sido adquirida em qualquer outro lugar. Por exemplo, que o operário podia ter entrado em contato, fora do trabalho, com outros tuberculosos.

Arango e outros autores se referiram à predisposição hereditária como *conditio sine qua non* para que o contágio se produzisse. Em outras palavras, não bastava que a semente fosse semeada, era imprescindível que o terreno receptor reunisse condições propícias para a germinação do grão e a explosão da doença.<sup>421</sup> Tudo isso terminava por ofuscar as circunstâncias do trabalho como causa da doença. Em 1939, assim se referiram a um caso de tuberculose os médicos Luis Ardila Gómez e Roberto Ordoñez: fosse qual fosse o ofício que tivesse realizado o operário em questão, não estava livre de adquirir tuberculose, portanto, “é insustentável a ideia de que a profissão que realizava foi a causa”.<sup>422</sup> O problema destas “verdades científicas aceitas por todos”<sup>423</sup> era definir quem seria o único beneficiado por elas.

Interessante observar que, na mesma época, o artigo 35 do decreto n. 475 de 1938, que regulamentava a Caixa de Proteção Social da Polícia Nacional, presumia, para efeitos de pensão aos empregados da instituição, que a tuberculose tinha como causa principal ou determinante o serviço. De fato, os médicos da instituição atribuíam a frequência de casos à vigilância noturna e outros fatores inerentes ao trabalho policial. Mas segundo Silva, membro da comissão redatora do decreto, isto não significava que o agente de polícia pudesse comprovar pela experiência e os poucos referenciais médicos que a tuberculose era a causa principal ou determinante. Sendo assim, o decreto foi um mecanismo propício, pois, afirmou Silva, estabeleceu a presunção legal de que a tuberculose tinha o serviço por causa principal ou determinante. Esta jogada jurídica partia, ademais, do pressuposto que o exame de admissão controlava o ingresso dos possíveis candidatos

---

<sup>421</sup> RESTREPO GÓMEZ, **Apuntes sobre enfermedades profesionales**, op. cit., p. 34.

<sup>422</sup> Ibid., p. 36.

<sup>423</sup> RESTREPO GÓMEZ, **Apuntes sobre enfermedades profesionales**, op. cit..

doentes, por esse motivo, as conclusões contrárias à presunção de responsabilidade seriam pouco frequentes.<sup>424</sup>

Não houve surpresas, e a incorporação da tuberculose à legislação de doenças profissionais foi muito limitada. O decreto n. 841 de 1946, sobre a tabela de avaliação de doenças profissionais, estabeleceu que a tuberculose era reconhecida somente para certos ofícios, como médicos, enfermeiras, moços de anfiteatro, mineiros, operadores de maçaricos, caldeireiros e foguistas. Sobra dizer que a proteção para os médicos não era consequência do *lobby* nem da ingerência direta na formulação da política. Dentro da lógica da definição, quem tinha proximidade com bacilo deveria, necessariamente, ser indenizado.

A principal dificuldade, no que dizia respeito à tuberculose como doença profissional, era a ideia da origem única das doenças profissionais, na base de toda a discussão, tanto no marco dos convênios da OIT como nas discussões médico-legais. Alguns advogados opinavam que, ao direito social que tinha inspirado a legislação colombiana interessava pouco que a tuberculose se apresentasse por várias causas, pois importava era determinar em que trabalhos ela progredia.<sup>425</sup> Desse modo, a causa única servia apenas como presunção de responsabilidade ou para facilitar os mecanismos probatórios concernentes a ação. O padrão “devia indenizar não somente as lesões de doenças profissionais de sentido clássico, mas todas aquelas lesões de doenças causadas e ocasionadas pelo trabalho.”<sup>426</sup>

Isso permite compreender porque a tabela do decreto n. 841 de 1946 não era taxativa, e porque alguns casos de tuberculose puderam ser eventualmente amparados pela lei de doenças profissionais. De fato, a lei n. 6 tinha abandonado “o sistema de registro singular de doenças profissionais”, colocando a doença num plano secundário e destacando o risco profissional de contágio como fundamento da indenização. Por esta razão, muitas doenças foram classificadas como potencialmente profissionais. A definição era tão abrangente, que o legislador deu um passo atrás, dizendo que as doenças epidêmicas e endêmicas da região somente podiam ser consideradas profissionais no caso de agentes encarregados de combatê-las.

Num movimento típico da legislação colombiana, o decreto n. 841 recuou mais ainda nesse impulso inclusivo da lei de 1945. Manteve

---

<sup>424</sup> SILVA, **Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana**, op. cit., p. 45–46.

<sup>425</sup> Ibid., p. 42.

<sup>426</sup> Ibid., p. 43.

o caráter aberto e não taxativo, mas a presunção partia de um grupo reduzido de patologias associadas ao número igualmente restrito de profissões. No artigo 19, estabelecia-se que

somente as doenças contempladas [na tabela] se presumiam profissionais, enquanto o patrão não desvaneca tal presunção. As demais entidades patológicas, de origem profissional, se presumiam doenças não profissionais, enquanto o trabalhador não demonstre que concorrem as condições previstas na lei para que as tenha como profissionais<sup>427</sup>.

A chave para compreender isto se localiza na diferença médico-legal entre riscos específicos (ou causas únicas) e riscos genéricos. Os primeiros correspondiam às doenças profissionais, e os segundos, às doenças do trabalho. Mas, se por um lado, a multicausalidade, no quadro de um decreto não taxativo, abria as portas para as demandas, por outro lado, significava um desgastante e longo caminho, já que era necessário provar a relação causal entre o trabalho e a tuberculose, mediante um estudo científico da doença, a análise dos antecedentes clínicos do paciente, o estudo das condições ambientais, a observação da categoria de trabalho, o tempo de exercício e as circunstâncias especiais que o cercavam.

Em 1951, um mineiro travou um processo contra a empresa Frontino Gold Mines Limited, do município de Segovia, Antioquia. O demandante pedia a decisão do DNMHI a respeito de uma tuberculose que ele considerava profissional. De acordo com os preceitos médico-legais, no caso dos mineradores, tratava-se de risco específico, ou seja, que classificava a doença dentro do grupo das profissionais. No entanto, a empresa argumentava que, nos sete meses (155 jornadas) em que o mineiro trabalhou, não era possível que tivesse adquirido uma tuberculose, e imagens radiológicas provavam que se tratava de uma afeção antiga, adquirida antes de ingressar na companhia. Frente a esta opinião dos médicos da empresa, o médico oficial do distrito de Segovia sustentou que era, sim, uma doença profissional, pois constava no

---

<sup>427</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA, Nueva Tabla de Valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban.

exame de ingresso, realizado pela empresa, que o mineiro não apresentava qualquer manifestação clínica. O DNMHI definiu que o tratamento do empregado era responsabilidade da companhia, já que a tuberculose era uma doença profissional. Entre as considerações feitas pelos médicos daquele organismo, estava a de que não existia quadro clínico no começo nem nas consultas regulares dos trabalhadores; ademais, consideraram que a leitura das imagens radiológicas somente era possível por um perito. A resposta do tisiologista foi que as “imagens radiológicas apresentadas não permitiam, a nenhum técnico, determinar a idade das lesões”.<sup>428</sup>

Em teoria, um processo travado por um minerador afetado por tuberculose tinha probabilidades de ser decidido a seu favor. Mas alguns fatores podiam interferir na definição de uma doença profissional. Naturalmente, o principal motivo para tal resistência estava no longo compromisso econômico que exigia a recuperação definitiva da saúde do trabalhador e a indenização pela perda da capacidade de trabalho. Como afirmava um advogado em 1944, antes da formulação da lei, e pensando unicamente nos custos de assistência médica: “dizer que tal ou qual doença, em determinado ofício, reveste o caráter profissional é uma manifestação grave e comprometedora, que coloca em perigo o desenvolvimento de nossas jovens indústrias.”<sup>429</sup>

Independentemente de a tuberculose ser ou não classificada como doença profissional, era dever social do patrão e do Estado proteger a saúde do trabalhador afetado por ela. De modo que a assistência médica estava mais ou menos garantida pela precariedade do sistema estatal ou para várias indústrias – petróleo, mineração, bananeiras, manufaturas, entre outras –, que deviam oferecer serviços médicos, medicamentos e alimentação durante o período de convalescença do trabalhador. É impossível analisar em detalhes a quantidade de leis, decretos e resoluções que protegeram, em alguns momentos, a saúde dos trabalhadores; por se tratar de uma política social profundamente antidemocrática, pactos e resoluções, assim como direitos para alguns setores, variaram de um ano para o outro.

Quando as empresas tinham um capital inferior a \$ 800.000, a assistência médica era obrigação do Estado, de acordo com a lei n. 27 de 1947, que ditava algumas normas sobre a luta contra tuberculose. As

---

<sup>428</sup> CAMARGO, JAIME, **Enfermedades profesionales**, op. cit., p. 95–100.

<sup>429</sup> RESTREPO GÓMEZ, **Apuntes sobre enfermedades profesionales**, op. cit., p. 35–36.

empresas que superavam esse capital, de acordo com os decretos 2663 e 3743 de 1950, sobre o Código Substantivo do Trabalho, eram obrigadas a garantir aos trabalhadores atingidos pela tuberculose assistência médica, farmacêutica, cirúrgica e hospitalar por até seis meses. Depois deste período, eram remetidos ao DNMHI, para avaliação da invalidez e correspondente pensão por até trinta meses.

A parte os altos e baixos da política nacional, o que estava em jogo nas polêmicas, desde a época de Arango, era a indenização pela perda da capacidade laboral ou a morte. O temor dos políticos e empresários não devia ser pouco, pois segundo as estimativas, morriam anualmente na Colômbia 13.500 pessoas por causa da tuberculose. Difícil saber quantos eram trabalhadores, mas quase todos os pesquisadores da época concordavam que os operários eram os principais atingidos pela doença. Um interessante balanço dos primeiros anos de funcionamento do Instituto Colombiano de Seguros Sociales revela que a principal causa de incapacidades superiores a 180 dias, durante o período 1950 a 1954, foi a tuberculose, com 346 casos e 68,51% da amostra. Em seguida, vinham as fraturas, com 10,09%, as psicoses, com 5,94% (o nosso autor não esclarece as razões pelas quais as psicoses ocupavam um lugar tão importante. Em caso de não ser um erro de digitação, pode-se imaginar que são psicoses originadas por traumatismos), neoplasmas, com 2,38%, e lesões cardíacas e cardiovasculares, com 2,17%.<sup>430</sup> Esses dados confirmam, segundo Gonzalo Barreneche, a alta frequência da tuberculose no setor fabril colombiano, por conta da permanência dos operários em locais lotados, semifechados, com escassa iluminação e ventilação. As cifras se intuía desde os anos 1940, porém, foi somente com a criação do ICSS que a tuberculose no mundo fabril se materializou, “porque se procurou”.

### **3.5. Reflexões finais acerca do processo de objetivação das doenças profissionais**

Na primeira parte deste capítulo foram analisados vários aspectos do processo histórico de formulação da lei sobre doenças profissionais. Foi possível observar dois momentos. Em 1931 uma vontade de reconhecimento político sem utilidade prática, e três lustros depois, a primeira ação estatal na matéria, com a lei n. 6 de 1945. Apesar do

---

<sup>430</sup> ARANGO BARRENECHE, **Estudio sobre medicina industrial en Medellín**, op. cit., p. 16.



avanço em termos jurídicos, foi necessário esperar até 1946 pelo decreto sobre a tabela das doenças reconhecidas pelo Estado. Assim, antes que se concluísse a primeira metade do século XX, o trabalhador afetado por uma doença profissional estava praticamente desprotegido.

Na segunda parte, analisou-se a forma pela qual os médicos colombianos objetivaram o problema das doenças profissionais. Além de defini-las, eles se defrontaram com o problema maior de saber quais eram doenças a afetar os trabalhadores do país. No período estudado, mais que fazer monografias que evidenciassem as doenças nacionais, predominaram estudos teóricos sobre o assunto. Nessa perspectiva, a evidência internacional foi permanentemente confrontada com a pouca e dispersa experiência local, em função do custo-benefício econômico e social da legislação laboral em matéria de saúde.

Finalmente, na terceira parte, foram analisados os casos da ancilostomíase e da tuberculose, mostrando os argumentos dos médicos colombianos para não considerá-las como doenças profissionais. Não há muito mistério nem dúvidas sobre as resoluções, entretanto, observar esses casos ajuda a compreender as tensões entre lei, saber médico e direitos sociais.

Para terminar, é inevitável traçar um paralelo com a atualidade das questões propostas neste capítulo. Numa matéria do jornal *El Colombiano*, de 29 de junho de 2006, Hugo Villegas, diretor da Associação Colombiana de Fibras (Ascolfibras), afirmava que os níveis de crisotilo ou asbesto branco<sup>431</sup> eram os permitidos legalmente, qual seja, uma fibra por centímetro cúbico em oito horas laborais. Segundo Villegas, a legislação colombiana estipulava que as fibras não poderiam superar 0,1 fibra/cm<sup>3</sup>, e a indústria nacional estaria trabalhando num nível muito mais baixo do que o limite internacional.<sup>432</sup> Por outro lado, para o pneumologista Darío Isaza Londoño, todo asbesto era perigoso – fosse ele crisotilo ou anfíbolio, não haveria “fibra que não fosse carcinógena”, por isso questionava a inatividade ou falta de

---

<sup>431</sup> O asbesto branco ou crisotilo, é um tipo de asbesto. Por sua vez, o asbesto é um silicato do gênero anfíbolio, fibroso, inalterável ao fogo, cuja variedade mais pura é o amianto; utiliza-se como isolante térmico, acústico e elétrico, em cimento-amianto, roupas antifogo, caixas d'água, canos, freios de veículos. Mais detalhes em MENDES, René. Asbestos and disease: state-of-the-art review and a rationale for urgent change in current Brazilian policy. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 17, n. 1, p. 07–29, 2001.

<sup>432</sup> DUQUE CARDOZO, Mario Alberto. La asbestosis: entre incrédulos y creyentes. **El Colombiano**. p. 5D, 2006.

compromisso do governo colombiano quanto ao tema, apesar de ter assinado um acordo com a Organização Internacional do Trabalho desde 1986.

Para o representante das empresas, não existia risco na exploração e na utilização do material. Os estudos científicos levados a cabo pela própria indústria na Colômbia provavam que a asbestose estava “erradicada”. Além disso, o crisotilo não conteria ferro e permaneceria no organismo pelo período de 10 a 15 dias e seria eliminado naturalmente. Resta dizer que a todas estas afirmações se opunha o pneumologista. Ao concluir a matéria, o empresário reafirma que os riscos não poderiam ser quantificados e eram, provavelmente, baixos ou “virtualmente zero”.

Em contraste, a experiência dos trabalhadores e da comunidade parecia ser outra, já que, à época, estava em curso uma ação popular para proibir o uso deste mineral. Ademais, no mesmo mês e ano em que Villegas defendia o uso nacional do asbesto crisotilo, a OIT, na sua 95ª reunião, insistia que a Convenção 162 não podia ser usada como desculpa para prolongar a exploração do amianto, visto que vários organismos internacionais de saúde afirmavam que todos os tipos de amianto causavam asbestose, mesotelioma e câncer de pulmão. Cabe destacar que, na época, 33 países do mundo tinham proibido a utilização deste material; na América do Sul, tinham legislado a respeito Argentina, Chile, Uruguai.

Pode-se concluir que o problema e a forma como se legitimam as doenças profissionais são questões de longa duração. Se no caso da asbestose, os cientistas não parecem ter dúvidas acerca dos efeitos negativos, também não é menos certo que, no esquema dos riscos profissionais, qualquer incerteza favorece o patrão. De modo que o que fazem os industriais associados do asbesto é utilizar as ferramentas de um modelo de proteção social que, desde o começo do século XX minimiza as experiências de desgaste e deterioração da saúde do operário, infortunadamente, com o apoio do saber médico. Em outras palavras, a negação da realidade do asbesto na saúde dos trabalhadores se relaciona como um problema maior, que diz respeito à forma como se legitimam as doenças profissionais. Portanto, trata-se de uma questão de longa duração.

Por isso, contra a aspiração de possuir provas cientificamente conclusivas ou diagnósticos diferenciais precisos em todos os casos, como sugeria Vergara, os também médicos Roberto Lleras e Tirso Quintero insinuavam que a solução com mais consciência social era, em

caso de dúvida, sempre favorecer o trabalhador<sup>433</sup>. Razão pela qual a maioria dos advogados esteve contra aqueles que respaldaram a tese de que o médico devia decidir. Evidentemente, com uma atitude corporativa, defendiam uma estrita separação de funções, mantendo o aporte médico ao aspecto técnico ou científico, e a sentença, com as valorações econômicas, profissionais e sociais, ao alcance dos especialistas do direito. Este debate, como se viu no capítulo anterior, ficou mais claro com relação aos acidentes de trabalho.

Chama a atenção também que o paradigma de uma ciência universal – ou a ilusão e o *telos* de um mundo social com total independência das *epistemes* locais – se confronte permanentemente, no campo da medicina do trabalho, com o dinamismo do particular e a heterogeneidade de fenômenos localizados, porém, com consequências negativas. Mais especificamente, a prova se constrói sobre os estudos regionais e locais. Para o trabalhador, isso tem consequências absolutamente desastrosas, porque nem o reconhecimento da doença por parte da OIT é garantia de que vai receber a proteção social necessária.

Por outro lado, isso leva a refletir sobre a ingerência da OIT no mundo. As convenções ou o reconhecimento das doenças, à luz do que foi analisado neste capítulo, provam que, ao menos para o caso colombiano, assinar os tratados não se traduzia necessariamente em ações reais para operários reais.<sup>434</sup> Em 1931, assinou-se o tratado pelo qual se aceitavam as doenças profissionais, e foi necessário esperar quinze anos para que ações diplomáticas se tornassem políticas concretas de proteção social. A convenção 162 da OIT sobre o asbesto, vigente desde 1989, foi aceita na Colômbia apenas em 2001 – no caso de a história repetir-se, é possível que em 2015, o legislador finalmente se dê conta dos riscos do asbesto.

Explicitar os conflitos entre interesses econômicos e interesses sociais certamente não é uma novidade nas ciências sociais e humanas, da mesma forma que mostrar tensões entre ciência e direitos sociais também não é novo. Mas como as questões e os problemas continuam sendo os mesmos, cabe ao historiador insistir na vigência dessas questões.

---

<sup>433</sup> LLERAS, **Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial**, op. cit., p. 29; QUINTERO SANABRIA, **Anotaciones a medicina del trabajo**, op. cit., p. 81.

<sup>434</sup> Atualmente, o artigo 53º da Constituição Política de Colômbia, de 1991, determina que os convênios internacionais do trabalho, devidamente ratificados, fazem parte da legislação interna.

Finalmente, muitas coisas ficaram por analisar com respeito às doenças profissionais. Por exemplo, seria interessante saber se houve uma política de reeducação funcional e profissional ou ações legislativas de prevenção a acidentes e doenças, além da ênfase na reparação pecuniária ou na compensação econômica. Mas, a política nacional concentrou-se em garantir exclusivamente o pagamento das indenizações. As ações de prevenção, quando existiram, provieram fundamentalmente da própria indústria, no quadro de ações de racionalização científica do trabalho.

Até este ponto, analisou-se fundamentalmente o problema da objetivação médico-legal dos acidentes e doenças do trabalho. Cabe perguntar, no seguinte capítulo, como essas discussões foram incorporadas pelo Estado colombiano.



## CAPÍTULO 4. AS INSTITUIÇÕES DO TRABALHO NA COLÔMBIA (1923-1946)

No caso colombiano, é possível identificar três processos mais ou menos diferenciados em relação à configuração de um campo de saber diretamente relacionado à saúde dos trabalhadores. O primeiro, de criação de círculos acadêmicos de aprendizagem e difusão, entre 1912 e 1940, se destaca pela aparição do curso de higiene industrial no programa de formação dos engenheiros da Escola Nacional de Minas, e pela elaboração de teses e trabalhos de pesquisa pelos estudantes da instituição. Também sobressai, nesse momento, o afã dos engenheiros em vulgarizar a higiene industrial nas revistas especializadas. O segundo processo se desenvolveu entre 1920 e 1946, caracterizando-se pela publicação de artigos e teses dos médicos da Universidade Nacional da Colômbia e da Universidade de Antioquia sobre higiene industrial e medicina do trabalho, assim como a criação, em 1946, da Sociedade Colombiana de Medicina do Trabalho. Finalmente, um terceiro processo, de 1923 até 1948, com as primeiras tentativas de estatização desses campos de saber, orientados a supervisão e pesquisa sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais. Em sentido estrito, não foram processos sucedâneos, pois aconteceram de maneira concomitante.<sup>435</sup>

O período se caracterizou igualmente pela ampliação dos direitos sociais, por conta, principalmente, de quatro aspectos: a emergência de novos atores sociais e sua consolidação como atores políticos; uma resposta intervencionista do Estado, da assistência pública ao direito trabalhista, frente à emergência da questão social e das primeiras manifestações de luta de classes; argumentos sociais e econômicos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), tanto para o intervencionismo quanto para o desenvolvimento da seguridade social, da higiene e da medicina do trabalho<sup>436</sup>; os avanços em diferentes

---

<sup>435</sup> GALLO, Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948, op. cit..

<sup>436</sup> O influxo determinante da OIT nesse âmbito foi analisado por vários autores, como no caso francês, *Une maladie sociale avec des aspects médicaux: la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle*. ROSENTAL, Paul-André; DEVINK, Jean-Claude. *Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France, de 1946 à nos jours*. **Vingtième siècle**. n. 95, p. 75–91, 2007, p. 104.

campos do saber (higiene industrial, ergonomia, psicofisiologia, toxicologia etc.) associados à saúde dos trabalhadores, ajudaram na identificação dos riscos e de doenças profissionais<sup>437</sup>, embora a luta social tenha sido fundamental.

De fato, se nesses campos de saber foram decisivas as décadas de 1920 a 1940, no âmbito institucional e no legislativo não foi diferente. Legislou-se então sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais, trabalho infantil, proteção das crianças e da maternidade, seguro coletivo de vida e de desemprego, jornada laboral de 48 horas, descanso dominical e férias remuneradas, contratação de estrangeiros e atenção médica. Além disso, a lei n. 129 de 1931 adotou as convenções aprovadas pela Conferência Internacional do Trabalho, entre suas sessões 1 e 11, o que significou reconhecer, ao menos em teoria, aspectos como jornada de trabalho, seguro desemprego, proteção materna, trabalho noturno para mulheres, idade mínima de trabalho infantil, indenizações por acidentes, igualdade de tratamento dos trabalhadores estrangeiros e nacionais, seguros contra doenças, salário mínimo. Quanto à higiene industrial, a lei n. 4 de 1921, sobre higiene das jazidas ou depósitos de hidrocarbonetos, e a lei n. 15 de 1925, sobre higiene social e a assistência pública (artigos 16 a 52) introduziram um conjunto de recomendações para enfrentar a insalubridade das fábricas e empresas.

Os historiadores têm considerado essas reformas sociais e a criação da OGT, em 1923, como sintomáticos dos governos conservadores para diminuir, controlar ou canalizar o descontento social da classe trabalhadora e o nascente conflito entre capital e trabalho. Em boa medida, a OGT seria um indício da natureza repressiva e defensora da propriedade privada, que caracterizou a política nacional entre 1886 e 1930; da mesma forma, são mostras do influxo da doutrina social da Igreja. Entretanto, compreender a origem e a dinâmica dessa agência estatal se dificulta, pois não existem pesquisas a respeito, e são poucas as referências da historiografia colombiana.<sup>438</sup>

---

<sup>437</sup> A ideia da incorporação do conhecimento médico ao mundo do trabalho e às lutas sociais é tomada de CORBIN, Alain. Dolores, sufrimientos y miserias del cuerpo. In: \_\_\_\_\_. (Org.), **Historia del cuerpo: de la revolución francesa a la gran guerra**. Madrid: Santillana, 2005, p. 205.

<sup>438</sup> A listagem pode ser ampla, embora o acréscimo de detalhes seja menor em relação a origem e funcionamento do Escritório Geral do Trabalho. Alguns títulos são: ARCHILA, Mauricio. **Cultura e identidad obrera Colombia 1910-1945**. Santa Fé de Bogotá: Cinep, 1991; AVELLA

A hipótese defendida é que a criação da OGT não resultou unicamente de ações doutrinárias de partido, mas faz parte de uma tendência histórica, um movimento intervencionista do Estado iniciado com os governos conservadores e mantido nos anos 1930 e 1940, quando as iniciativas liberais apuraram a organização e a institucionalização da ameaça social, através de complexos modelos de conciliação e arbitramento. Adicionalmente, considera-se que o surgimento desta agência técnica se deu no marco da política internacional de regulação das relações entre capital e trabalho, mediante agências estatais ou espaços tecnocráticos de intervenção social e relacionamento com a indústria, os operários e os camponeses. Portanto, a análise do contexto histórico e de seu processo de formação e funcionamento deve levar a compreender como se lidou com a questão social de 1923, ano de criação do Escritório Nacional do Trabalho, até 1946, quando foi criado o Ministério do Trabalho. Reconstruir a formação deste projeto institucional e seu funcionamento significa também compreender a incorporação da saúde dos trabalhadores no horizonte do Estado, assim como entender o sistema de valores em que se concretizaram fenômenos de grande impacto, como a seguridade social e o direito trabalhista.<sup>439</sup>

#### 4.1. Indústria e intervencionismo social

O fracasso liberal no plano econômico e político, a desintegração nacional e a polarização política serviram de alicerce para que Rafael Núñez (presidente entre 1880-1882 e 1886-1892) projetasse a

---

GÓMEZ, *Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990*, op. cit.; BERGQUIST, Charles. *Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero*. Bogotá: Siglo XXI, 1988; PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*, op. cit.; VEGA CANTOR, *Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras*, op. cit. A escassez de fontes é uma explicação, concretamente, não tem sido possível localizar o acervo da instituição.

<sup>439</sup> As fontes usadas são, principalmente, o Boletim do Escritório Nacional do Trabalho (1929-1942) e as memórias dos ministérios de Agricultura e Comércio (1920-1923); Governo (1915-1924); Indústrias (1923-1934); Indústria e Trabalho (1934-1938), Trabalho, Higiene e Previdência Social (1938-1946), Trabalho (1948-1950).



Regeneração. As opiniões variam acerca dos autores que o influenciaram, no entanto, coincidem num ecletismo, com fins políticos, procedente da leitura de John Locke, John Stuart Mill, Auguste Comte, Herbert Spencer, além dos textos sobre a Restauração e a Constituição espanhola de 1876. Nas palavras de Marco Palacios, a Regeneração foi “uma curiosa e original fórmula” que “integrou princípios do liberalismo econômico, intervencionismo borbônico, antimodernismo no estilo Pio IX e um nacionalismo cultural hispanófilo.”<sup>440</sup> Enquanto ao adversário doutrinal, não há dúvida que era o liberalismo radical, com sua constituição de 1863: federalista, extremamente lesseferista e laica.

Nos aspectos administrativos e econômicos, o programa político de Núñez teve consequências muito negativas para o crescimento do país. O presidencialismo debilitou todos os poderes públicos e os poderes regionais; a Corte Suprema de Justiça e o Banco Nacional, recém-criados, se tornaram instrumentos do Executivo, e os estados perderam autonomia diante das novas direções departamentais; o ritmo de privatização da terra se manteve, favorecendo o latifúndio, a polarização social e a violência; a política monetária teve um efeito inflacionário, e o nascente setor financeiro se contraiu. À instabilidade dos produtos de exportação colombianos se somou ainda uma política econômica e monetária oposta aos interesses de importadores e exportadores, e em oposição ao modelo de expansão exportadora das outras economias da América Latina. A ideia de que progresso econômico e controle estatal estavam unidos se materializou em iniciativas de intervenção moderada, como o estabelecimento do papel-moeda e a política alfandegária, que, junto com o intento falido de Miguel Antonio Caro, vice-presidente durante os governos de Nunes, de taxar as exportações de café, debilitaram o governo frente à nascente burguesia cafeeira.<sup>441</sup>

---

<sup>440</sup> PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*, op. cit., p. 55.

<sup>441</sup> BERGQUIST, *Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero*, op. cit., p. 344–345; HENDERSON, James. *Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965*. Gainesville: University Press of Florida, 2001, p. 55; KALMANOVITZ, Salomón. *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá, Colombia: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2010, p. 114; MELO, Jorge Orlando, *La Constitución de 1886*, In: MELO, Jorge Orlando (Org.). *Nueva Historia de Colombia*. Bogotá: Planeta, 1989, v. III;

As consequências socioculturais não foram menos catastróficas. A fim de garantir a ordem social, a Regeneração censurou a imprensa e restringiu as liberdades individuais, substituindo o “ultraindividualismo liberal” por valores autoritários. Isto significou, por um lado, o fortalecimento de valores políticos que debilitaram a formação de uma consciência civil e secular.<sup>442</sup> Por outro, a solidificação de valores culturais católicos, fundamentos da nacionalidade e da ordem social, favoráveis ao paternalismo e suas formas de coação física, moral e religiosa. Ou seja, se mantiveram as bases de desigualdade e dominação, com princípios de organização militar e religiosa<sup>443</sup>.

A constituição política de 1886, idealizada por Miguel Antonio Caro, coincidiu com os interesses autoritários e centralistas de Núñez, ao juntar religião, autoritarismo e proteccionismo econômico. Em consequência, predominaram a restrição dos direitos individuais de liberdade de expressão, de imprensa, de pensamento e de movimento, em nome da ordem social e da tranquilidade pública. Esta tendência repressiva se somava às prerrogativas presidenciais de censura e estado de sítio. Nesse contexto, se situou o artigo 44, que determinava:

Toda pessoa pode abraçar qualquer ofício ou ocupação honesta sem necessidade de pertencer ao grêmio dos maestros ou doutores.

As autoridades inspecionarão as indústrias e profissões em relação a moralidade, segurança e salubridade públicas.

As autoridades poderão exigir títulos de idoneidade para o exercício das profissões médicas e de seus auxiliares.<sup>444</sup>

---

PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*, op. cit., p. 56–59.

<sup>442</sup> PALACIOS, *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*, op. cit., p. 16.

<sup>443</sup> MUÑOZ, Cecilia; PACHÓN, Ximena. *La niñez en el siglo XX. Salud, educación, familia, recreación, maltrato, asistencia y protección*. Santa Fe de Bogotá: Planeta, 1991, p. 361.

<sup>444</sup> ANGARITA, Manuel José. *Constitución de la República de Colombia (sancionada el 5 de agosto de 1886) concordada y comentados algunos de sus artículos por Manuel J. Angarita*. Bogotá: Imprenta a cargo de Fernando Pontón, 1890, p. 56.

Isso relacionava-se diretamente com o artigo 19, que encabeçava a seção sobre direitos civis e garantias sociais, definindo as prerrogativas das autoridades da República para proteger vida, honra e bens e assegurar o respeito aos direitos naturais, prevendo e castigando os delitos.<sup>445</sup> Em 1918, o ato legislativo n. 1, de 27 agosto, manteve as mesmas prerrogativas de inspeção de indústrias e profissões, mas acrescentou as atividades de fiscalização de tarifas e regulamentos das empresas públicas de transportes ou conduções e a exigência de títulos de idoneidade para o exercício da advocacia.<sup>446</sup> Posteriormente, o ato legislativo n. 1, de 18 de outubro de 1921, juntou ao direito de inspeção de fábricas o direito de “restringir a produção e o consumo dos licores e das bebidas fermentadas”. Em 1932, o ato legislativo n. 1 determinou a exigência de idoneidade aos engenheiros em seus distintos ramos; nos aspectos restantes, não houve mudanças. Reformas posteriores introduziram variações no mesmo artigo da Constituição, sendo a mais significativa a de 1936 (ato legislativo n. 1), que mudou radicalmente os princípios constitucionais em relação a associação sindical e direito de greve, incorporando elementos de seguridade social. No artigo 11, ficava determinado que o Estado podia “intervir por meio das leis na exploração de indústrias ou empresas públicas e privadas, a fim de racionalizar produção, distribuição, e consumo das riquezas, ou de dar ao trabalhador a justa proteção a que tem direito”. Por outro lado,

---

<sup>445</sup> Ibid., p. 28.

<sup>446</sup> O artigo completo diz: “Todos podem abraçar qualquer profissão ou ocupação honesta sem ter que pertencer ao grêmio dos professores ou médicos. As autoridades inspecionarão as indústrias e profissões, em relação a moralidade, segurança e salubridade públicas. A lei pode pedir a revisão e a fiscalização das tarifas e dos regulamentos das empresas públicas de transportes ou conduções e exigir títulos de idoneidade para o exercício das profissões de médicos e seus assistentes e a de advogado”. Sobre a legitimação social, a profissionalização da medicina e o mercado terapêutica, ver: MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge; GARCÍA, Víctor; DEL VALLE MONTOYA, Piedad. La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX. *Quipu*. v. 14, n. 3, p. 331–362, 2012. Em relação ao direito, existia um antecedente compartilhado com a medicina na lei n. 12 de 1905, que regulamentava ambas as profissões, mais nunca foi aplicada, e os advogados tiveram que aguardar a lei n. 62 de 1928. DEL VALLE, **La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)**, op. cit., p. 50–54.

mantinham-se, pelo artigo 15, as prerrogativas constitucionais das anteriores reformas:

Toda pessoa é livre para escolher uma profissão ou ofício. A lei poderá exigir títulos de idoneidade e regulamentar o exercício das profissões.

As autoridades inspecionarão as profissões e os ofícios no relativo a moralidade, seguridades e salubridades públicas.

A lei poderá restringir a produção e o consumo de bebidas destiladas e bebidas fermentadas.

Também pode a lei ordenar a revisão e a supervisão das taxas e regulamentos das empresas de transporte ou conduções e outros serviços públicos.

Contudo, inspecionar fábricas em 1886 era diferente de inspecioná-las entre 1918 e 1921, e, ainda mais, em 1936, presumindo que, nesses casos foi posto em prática o ato legislativo.

Nessas primeiras décadas do século XX, a Colômbia se havia transformado e se encaminhado para a modernização institucional e econômica. As nove guerras civis do século XIX impactaram a sociedade colombiana com uma redução de 5% a 10% da população em cada confronto.<sup>447</sup> Isto somado à débil economia nacional e à dispersão geográfica prenunciava a empobrecida situação da maioria. O quadro se agravou com a Guerra dos Mil Dias (1899-1902), ao passo que, em 1903, enquanto se firmava o fim do estado de sítio e se reestabelecia a ordem pública, o Panamá declarou sua soberania, à sombra dos Estados Unidos. Contudo, se aprendera que com “balaços não se convence ninguém, mas extermina-se meia nação, ficando a outra metade na miséria e no marasmo mais lastimoso e censurável.”<sup>448</sup>

Depois da guerra, realmente houve um período de conciliação partidarista e estabilidade institucional que favoreceram o crescimento econômico. O café passou de 50% das exportações em 1910 a 70% em 1925 – 3.200.000 sacos entre 1900 e 1925; ou seja, quase sete vezes a

---

<sup>447</sup> RODRÍGUEZ JÍMENEZ, Pablo. La familia en Colombia, In: **La familia en Iberoamérica 1550-1980**. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2004, p. 269.

<sup>448</sup> ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN. Crónica. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**. v. XI, n. 11-12, p. 410-415, 1903, p. 410.

produção de 1873 a 1900. Ainda, nas primeiras décadas do século XX, o crescimento econômico registrou a média anual de 4,6%, comparada com a de 1,8% do século anterior, ao passo que a população aumentou 2,3% anualmente. Já os níveis de desemprego, subemprego, informalidade e pobreza afetavam 55% da população.<sup>449</sup>

Ao mesmo tempo em que a economia nacional crescia, assentada na exportação do café, os pasteurianos e neo-hipocráticos colombianos polemizavam acerca do futuro da ciência médica<sup>450</sup>. As instituições sanitárias passavam por várias mudanças, que conduziram a sua consolidação como política de Estado em torno aos anos 1920. Para se ter uma ideia, na primeira metade do século, a organização sanitária do país passou por múltiplas mudanças institucionais: a Junta Central de Higiene (1906-1917) pertenceu ao Ministério de Governo; a Direção Nacional de Higiene (1918-1922), aos ministérios da Instrução Pública (1918-1919) e de Agricultura e Comércio (1920-1923); a Direção Nacional de Higiene e Assistência Pública (1922-1929), do ministério de mesmo nome (1924-1927); e do Ministério da Educação Nacional (1928-1930). Em 1930, passou a se denominar Direção Nacional de Higiene. O Departamento Nacional de Higiene e Assistência Pública (1931-1934) pertenceu, inicialmente, ao Ministério da Educação (1931), passou ao Ministério de Agricultura e Comércio (1935-1936) e novamente ao de Educação (1937). Desde 1938, passou a fazer parte do Ministério de Trabalho, Higiene e Previdência Social, até se tornar o Ministério de Higiene, em 1946.<sup>451</sup>

---

<sup>449</sup> Um crescimento dessas características se explica pela “baixa volatilidade relativa”, comparando-a com a da Argentina, do Brasil e do México. Salomón Kalmanovitz afirma, com Miguel Urrutia, que esta qualidade do desenvolvimento colombiano resulta da falta de populismo no país, da diferença da instabilidade política e macroeconômica que este fenômeno originou no sul do continente. Precisamente, essa falta de populismo prestou legitimidade ao Estado e propiciou, a longo prazo, o surgimento da insurgência. No longo século XX, a ausência de sólidas democracias liberais afetou o crescimento de toda a região. KALMANOVITZ, *Nueva historia económica de Colombia*, op. cit., p. 132.

<sup>450</sup> MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. *Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005, p. 24–25.

<sup>451</sup> GUTIÉRREZ, María Teresa. Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad

Por outro lado, mediante diferentes instituições científicas, os médicos cumpriam a função de corpos consultivos do Estado sobre higiene urbana, higiene dos portos e medicina tropical.<sup>452</sup> Com a lei n. 30 de 1886, se deram os primeiros passos para a organização sanitária do país, porém, os benefícios foram insignificantes, e a precariedade do Estado colombiano não permitiu maiores progressos da higiene pública; o mesmo aconteceu com outras instituições públicas no conflituoso cenário social de fins do século XIX.<sup>453</sup>

### **Inícios do intervencionismo social do Estado**

Num trabalho pioneiro, Miranda, Quevedo e Hernández<sup>454</sup> afirmam que, do ponto de vista da saúde na Colômbia, existiam dois países – um que olhava para dentro, com a ideia de que a saúde era responsabilidade individual ou obrigação cristã, e um que olhava para fora, preocupado com o saneamento dos portos, em função do mercado internacional.<sup>455</sup> Mais tarde, Hernández refinou sua análise, ao assinalar três tipos de resposta social aos problemas de saúde durante o período da Regeneração, de 1886 a 1930<sup>456</sup>: beneficência pública dirigida aos

---

del siglo XX. **Revista de Estudios Socio-Jurídicos**. v. 12, n. 1, p. 73–97, 2010, p. 79–85.

<sup>452</sup> CASAS, Álvaro; MÁRQUEZ, Jorge. Sociedad médica y medicina tropical en Cartagena del siglo XIX al XX. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**. n. 26, p. 115–133, 1999.

<sup>453</sup> Pablo García Medina, 1914, apud DEL VALLE, **La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)**, op. cit., p. 160.

<sup>454</sup> MIRANDA *et al*, **Historia social de la ciencia en Colombia**. Tomo VIII, 2, medicina. la institucionalización de la medicina en Colombia, op. cit., p. 178–179.

<sup>455</sup> Sobre esta ideia trabalharam de novo os autores, acrescentando que esse duplo olhar resultava da pressão dos Estados Unidos sob a economia de América Latina, variando a intensidade em razão dos interesses e interações da burguesia local com o país do norte. QUEVEDO *et al*, **Café y gusanos, mosquitos y petróleo**, v p. 137.

<sup>456</sup> Existe certa dificuldade histórica em traçar uma linha de continuidade para todo o período (1886 a 1930), pois desconsideram-se profundas mudanças sociais. Marco Palacios julga que se perfila melhor a República Conservadora quando é fracionada em dois períodos: o primeiro dominado pela Regeneração (1878-1900), e o segundo de 1903 até 1930, “decididamente capitalista, com um transfundo de resistências católicas de

pobres e mantida com recursos privados e auxílio do Estado; atenção individual por parte dos médicos particulares; e a higiene pública orientada a saneamento dos portos, controle de alimentos, atenção aos leprosos e controle de epidemias.<sup>457</sup>

Este enquadramento se harmoniza com a historiografia do período da Regeneração, no qual, segundo Beatriz Castro, se afirma com frequência que o Estado delegou a responsabilidade social à Igreja Católica.<sup>458</sup> Para Hernández, o fundamento da beneficência pública era a caridade cristã: uma forma legítima de redistribuição e assistência sem Estado, que resistia a ser substituída ou controlada por ele; uma prática secular de assistência aos pobres, inquestionada e tão consolidada, que não sem trauma abriu caminho à assistência pública. Estar-se-ia, assim, em uma “espécie de *laissez-faire* social, que substituiu o Estado.”<sup>459</sup> Nessa mesma perspectiva, Hernández afirma que a legislação laboral, até 1929, conservou uma perspectiva de corte liberal, baseada em compensações por parte do patrão, fora da atenção médica em casos de acidentes ou indenizações econômicas em caso de incapacidade.<sup>460</sup> Dessa característica se desprendem, em conexão com a saúde dos trabalhadores, um modelo assistencial paternalista, com mínima participação do Estado, e uma débil experiência mutualista por parte das organizações operárias.<sup>461</sup>

---

um lado e operárias do outro”. PALACIOS, **Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994**, op. cit., p. 20.

<sup>457</sup> **La salud fragmentada**, op. cit., p. 39.

<sup>458</sup> *Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007, p. 283.

<sup>459</sup> HERNÁNDEZ, **La salud fragmentada**, op. cit., p. 41.

<sup>460</sup> *Ibid.*, p. 81.

<sup>461</sup> Desconheço a dimensão da experiência mutualista argentina que serviu de base para estabelecer a debilidade do caso colombiano, porém, deve ao menos alertar acerca da necessidade de pesquisar mais em profundidade o fato de a historiadora Beatriz Castro ter identificado 61 sociedades de ajuda mútua, entre 1864 e 1930. Aliás, algumas dessas sociedades foram se transformando em sindicatos e se distanciando das mutuais tradicionais. CASTRO, **Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930**, op. cit., p. 277–280. Isso além dos resultados da pesquisa MONTÓYA, *Piedad del Valle*; HERNÁNDEZ, Oscar Iván Hernández. **La solidaridad en el cooperativismo y el mutualismo en Antioquia (1870-1930)**. Medellín: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia, 2010.

Frente àquela historiografia, que se inclinava favoravelmente aos governos liberais dos anos 1930, outros historiadores têm matizado a ideia de ausência total do Estado, tanto na economia quanto na assistência pública, durante o período Conservador, ao mesmo tempo em que destacam a complexidade e a ilusão de continuidade das formas de assistência nesse ambiente de modernização e secularização. Num estudo monográfico, Hernán Villegas afirma que, na década de 1910, as iniciativas de caridade e de beneficência que funcionavam no departamento de Antioquia passaram por uma mudança, abandonando a mentalidade estritamente caritativa para introduzir a ideia de assistência pública e ação social do Estado.

Villegas observa que estas ideias expressadas por Carlos E. Restrepo no contexto da Sociedad de Mejoras Públicas (SMP), assim como a proposta de Pablo García Medina, sobre a necessidade de separar assistência pública e caridade, foram recolhidas por projetos legislativos, que procuravam reorganizar a dispersão da assistência pública e priorizar formação e gestão da força laboral. Várias instituições de assistência pública que funcionaram no período, a seu modo de ver, integraram esse modelo de gestão da força laboral: gota de leite, creches, oficinas e escola de trabalho, patronatos, cooperativas de provisão e consumo. A conclusão de Villegas é que os historiadores se equivocam ao considerar a ausência total de um sistema de assistência social e de uma legislação laboral durante o período conservador, pois essa era a ideia que queriam fazer ver os liberais dos anos 1930.<sup>462</sup> É preciso assinalar, de passagem, que uma explicação possível para esta prematura dinâmica intervencionista em uma cidade como Medellín está relacionada ao solapamento dos interesses públicos e privados na cidade. De fato, a SMP foi uma entidade público-privada, que visava o ordenamento territorial da cidade. Por outro lado, a administração pública acolheu, por influxo de vários engenheiros da Escola Nacional de Minas, uma orientação tecnocrática, e muitos dos mesmos personagens atuavam nos espaços público e privado, juntando os

---

<sup>462</sup> A crítica de Villegas dirige-se ao historiador Medofilo Medina e sua palestra “Política y sindicalismo en Colombia en los años 1920 y 1930” (Biblioteca Pública de Medellín no dia 20 de agosto de 1981). VILLEGAS GÓMEZ, **La formación social del proletariado antioqueño, 1880-1930**, op. cit., p. 234.



interesses da cidade aos interesses do capital privado, sob um modelo incipiente de racionalização da administração pública.<sup>463</sup>

Beatriz Castro, por sua vez, afirma que, a partir dos anos 1920, houve a consolidação e a profissionalização da ajuda institucional, em contraste com o período de proliferação e especialização, de 1870 a 1920, representado pela criação de hospitais, leprosários, hospícios, orfanatos e asilos. No período de profissionalização, cresceu a rede da ajuda institucional (saúde, proteção e educação) e aumentou sua complexidade, pela concorrência de atores governamentais e civis e pela incorporação de avanços científicos.<sup>464</sup> Assim, nas décadas de 1910 e 1920 se deram os primeiros passos em direção a um sistema estatal de assistência pública. Claro que o ramo da assistência pública não era prioritário – se comparado ao da instrução pública, que sempre teve maior orçamento à disposição –, mas estava entre as três áreas básicas de ajuda institucional dos governos conservadores: saúde, proteção e educação. Segundo Castro, no campo da saúde, o papel das agências privadas foi menos ativo, pois o Estado, precisamente, foi mais dinâmico.<sup>465</sup>

Destarte, mais que um *laissez-faire* social, à medida que se aumentava e centralizava a colaboração do Estado, houve a perda paulatina do controle direto da elite sobre as instituições de ajuda, particularmente a partir de 1910. A seguinte década marcou “outro momento na ideia sobre a ajuda institucional cada vez mais secular, com vistas a estabelecer reformas sociais próximas ao modelo de um Estado de bem-estar”.<sup>466</sup> A tendência se intensificou nos anos 1930, quando foram definitivamente centralizados os impostos para a assistência pública e a Reforma Constitucional de 1936 determinou que esta deveria ser função essencial e universal do Estado.<sup>467</sup> O desdobramento dessa tendência à centralização foi a maior dependência dos interesses políticos nacionais. Situação palpável na distribuição desigual dos escassos recursos; em 1925, por exemplo, o Congresso Nacional distribuiu \$330.570 (US\$330) para a beneficência, sendo que Cundinamarca e Bogotá obtiveram 48,5% do valor; Antioquia, 7,5%;

---

<sup>463</sup> BOTERO HERRERA, Fernando. **Medellín 1890-1950: historia urbana y juego de intereses**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996.

<sup>464</sup> CASTRO, Caridad y beneficencia: **El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930**, op. cit., p. 149.

<sup>465</sup> Ibid., p. 233.

<sup>466</sup> Ibid., p. 152.

<sup>467</sup> Ibid., p. 292.

Atlantico, Bolívar e Valle, 5,5%. Percebe-se que os auxílios tinham quatro características: eram vitais para as instituições, eram limitados, desigualmente distribuídos entre as regiões e instituições e não havia critérios claros para sua distribuição.

É exagerado falar de uma ausência total de ações estatais, como também é exagerado imaginar que houve uma atuação decisiva do Estado na proteção dos trabalhadores ou das condições de vida da população em geral. Para Bernardo Tovar Zambrano, a linha divisória que faz a historiografia colombiana entre a burguesia liberal intervencionista e os terra-tenentes conservadores não intervencionistas é simplista. Tal visão leva a considerar o Estado antes dos anos 1930 como mero expectador do desenvolvimento e a exaltar as virtudes da República Liberal. Para Zambrano, ao contrário, antes de 1930, o Estado era ativo no processo de modernização capitalista do país, ao passo que afirmou a tendência intervencionista.<sup>468</sup> Uma década depois, Medofilo Medina ainda reiterava a mencionada linha historiográfica, afirmando que aos governos liberais se atribui o monopólio das tendências modernizadoras, enquanto à batizada “hegemonia conservadora” se atribui o imobilismo.<sup>469</sup>

Contudo, há que se dizer que não houve uma visão “protecionista” ou “integradora” do Estado com relação às classes populares. Houve uma política econômica favorável ao desenvolvimento do capital, em contraste com uma precariedade dos gastos sociais e a menor atuação no campo social. Como lembra Zambrano, a intervenção direta do Estado nas condições e serviços sociais, através do gasto público, não era muito notável.<sup>470</sup> O gasto em

---

<sup>468</sup> TOVAR ZAMBRANO, **La intervención económica del estado en Colombia, 1914-1936**. Uma reflexão similar para o caso brasileiro compara os governos anteriores aos da Era Vargas, destacando diferentes formas de intervenção estatal no trabalho. VARGAS, João Tristan. **O trabalho na ordem liberal: o movimento operário e a construção do Estado na Primeira República**. Campinas: CMU Publicações, Centro de Memória-Unicamp, 2004.

<sup>469</sup> MEDINA, MEDÓFILO, La historiografía política colombiana del siglo XX. In: **La historia al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana**. Primera. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994, v. II, p. 464. A tendência se mantém nos trabalhos mais recentes.

<sup>470</sup> TOVAR ZAMBRANO, **La intervención económica del estado en Colombia, 1914-1936**, op. cit., p. 200.

serviços culturais e de proteção social significava \$4,6 milhões em 1926 (6,7% do gasto público), ao passo que, em 1928, era de \$6,8 milhões (ou 6%); mas na prática, o aumento nominal era atenuado pelo aumento da inflação. Ademais, dado o incremento da população, a industrialização e a crescente “complexidade econômica e social” do país, pode-se afirmar que “a relação entre o Estado e as classes populares, por meio dos gastos sociais, não era muito significativa, e se debilitou ainda mais com a crise”<sup>471</sup>. Por outro lado, é preciso destacar que a situação tributária do país era péssima, pois não existiam impostos diferentes dos de importações, e as reformas dos anos 1920 não foram suficientes. Nos níveis departamental e municipal, os recursos procediam, principalmente, das rendas de bebidas, tabaco e matança de gado. Os serviços culturais e de proteção social incluíam aspectos tão variados quanto educação, cultura, obras recreativas, proteção ao trabalho, aposentadorias, proteção infantil, assistência pública, auxílios a necessitados, seguros de vida e de acidentes, higiene geral, aquedutos, campanhas sanitárias, lazaretos, laboratórios de higiene.

Os alcances da política pública neste campo são coerentes com uma forma de compreensão do universo de saúde e doença, a separar as responsabilidades do indivíduo e do Estado. Assim, na higiene privada, a responsabilidade era do indivíduo, enquanto na higiene pública, era do corpo social, sobretudo da administração pública. De acordo com Carlos de Greiff, “a profilaxia é a parte da higiene que sinala a maneira de afastar da economia as causas que pudessem adoecê-la”.<sup>472</sup> Nesta perspectiva, a higiene pública protegia tanto a economia do mercado quanto a economia fisiológica do corpo.

A profilaxia, por sua vez, agrupava cinco fases: impedir, destruir, neutralizar, opor e preservar.<sup>473</sup> A fase de neutralização propugnava a transformação, pela educação, dos costumes populares relativos à saúde e os comportamentos “socialmente censuráveis”. Na lancinante expressão do Dr. Manuel Lobo, a higiene era, “antes de tudo, uma educação, e como tal necessita penetrar profundamente no cérebro das

---

<sup>471</sup> Ibid.

<sup>472</sup> GREIFF, Carlos de. **Fisiología e higiene al alcance de todos**. Medellín: Imprenta Oficial, 1906, p. 20. Cito o livro, porém, o texto foi publicado primeiramente na revista *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, entre 1903 e 1904.

<sup>473</sup> Ibid., p. 141.

coletividades”<sup>474</sup>. As fases restantes, de impedir, destruir, opor e preservar, estavam em conexão com a atividade sanitária do Estado: drenar e canalizar pântanos, destruir quimicamente os agentes infecciosos, isolar as pessoas infetadas, em casos de epidemias, e promover vacinação. Na prática, as fronteiras entre o público e o privado eram realmente tênues em questões de saúde, pois a higiene estava colocada nos termos de inserção no mundo civilizado, fator intrínseco ao progresso econômico do país.

Segundo Pablo García Medina, em harmonia com os “interesses do comércio internacional”, a Colômbia aderiu, mediante as leis n. 17 de 1908 e n. 109 de 1912, às Convenções Sanitárias de Washington (1905) e Paris (1912). Obrigava-se, em consequência, a “manter um serviço médico organizado nos portos marítimos e *uma vigilância médica permanente* do estado sanitário das tripulações e *da população do porto*”.<sup>475</sup> Para tanto, as autoridades sanitárias deveriam manter contínua vigilância sobre embarcações e cidades portuárias. O Escritório Internacional Sanitário de Washington exigia, além da ausência de doenças infectocontagiosas, a comunicação rápida entre o porto e a cidade, a limpeza de pântanos (ou, pelo menos, petrolização e campanha contra os mosquitos, a fim de evitar malária e paludismo) e o fornecimento de água, esgoto e saneamento a casas e prédios urbanos. A pressão era tanta, que as autoridades sanitárias destacavam frequentemente seus êxitos e se esforçam em desanuviar a imagem do país, temendo ordens de quarentena que interrompessem os intercâmbios econômicos<sup>476</sup>.

O destaque dado à entrada e à saída de pessoas, mercadorias ou doenças, se juntava ao esforço por controlar internamente as doenças infectocontagiosas. O assunto tem sido explicado pela historiografia colombiana de duas formas, cujas perspectivas se complementam. Uma delas insere a questão no marco das estratégias de medicalização, higienização, disciplina e controle da população e seus hábitos. Nesse

---

<sup>474</sup> LOBO, Manuel. La higiene nacional y la prensa del país. **Revista de Higiene. Órgano del Consejo Superior de sanidad de Colombia**. v. I, n. 92, p. 409–411, 1914.

<sup>475</sup> GARCÍA MEDINA, Pablo. Informe de la Junta Central de Higiene. In: **Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso de 1917**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1917, p. 25–131.

<sup>476</sup> Ver MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. ¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia, **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. VIII, n. 1, p. 133–171, 2001.

caso, as questões relacionadas ao comércio internacional perdem a predominância, fazendo emergir a higiene social e as práticas médicas como a eugenia e a puericultura, temáticas como o alcoolismo, a mortalidade infantil, a alimentação, maternidade, a degeneração da raça etc.

A outra perspectiva historiográfica coloca a questão da higiene pública como contrapartida necessária da intervenção portuária em função da economia agroexportadora. Nesse caso, a função do Estado se orientaria principalmente ao incremento da produção. O que explicaria por que boa parte das campanhas sanitárias contra a ancilostomíase, a malária e a febre amarela se realizou em regiões cafeeicultoras. Em outras palavras, segundo Hernández<sup>477</sup>, as instituições da higiene pública pretenderam intervir no progresso do país em quatro grandes frentes: inserção na economia mundial, melhoramento do capital humano, incorporação à civilização e modernização através da ciência.

A expressão “capital humano” colidia, nesse contexto, com os conceitos de terra, trabalho e capital, referindo-se a um paradigma produtivo embasado na acumulação extensiva, ou seja, um regime dependente do número de trabalhadores ou a superfície cultivada. Não é por acaso que a preocupação central da época era manter ou incrementar a população. A perspectiva populacional da medicina fica patente no Primeiro Congresso Nacional de Medicina, quando Nicolás Osorio<sup>478</sup>, promotor da organização sanitária do país mediante a lei n. 30 de 1886, alertou sobre a falta de higiene pública nos povoados, a escassez de braços para a indústria e a necessidade de promover imigrações sob certas condições. A questão foi retomada por Pablo García Medina<sup>479</sup> no Segundo Congresso Nacional de Medicina, que cobrou do corpo legislativo e do governo a proteção da saúde do trabalhador, “que consome sua vida e esgota de pronto suas energias em insalubres regiões” assim como das “agrupações humanas que sofrem as consequências da falta de higiene”.<sup>480</sup> No interregno, o mesmo García

---

<sup>477</sup> HERNÁNDEZ, *La salud fragmentada*, op. cit., p. 87.

<sup>478</sup> Primer Congreso Médico Nacional. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**. v. V, n. 2, p. 33–72, 1893, p. 41.

<sup>479</sup> Actos de inauguración del Segundo Congreso Médico de Colombia. In: **Memorias del Segundo Congreso Médico de Colombia**. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana, 1913, v. I, p. 5.

<sup>480</sup> Nas palavras de García Medina, é claro que sobressai menos a preocupação pelos riscos inerentes ao trabalho que a pressão do ambiente

Medina havia sugerido uma reforma social para melhorar as condições das classes pobres, partindo do pressuposto que, melhor o estado fisiológico, maior seria a refração às doenças microbianas. Ele acreditava na solidariedade de todos os membros do corpo social como condição para vencer e deter as doenças evitáveis; por isso, pedia que as leis econômicas melhorassem a alimentação e o vestuário, que o capital fornecesse moradia aos operários, que a higiene definisse regras para mudar costumes e que a caridade engrandecesse o espírito<sup>481</sup>.

Para o historiador Álvaro Villegas, “os germes do intervencionismo estatal” estavam presentes nesse tipo de retórica higienista, que dominou mais ou menos toda a primeira metade do século XX.<sup>482</sup> De fato, em casos de epidemias ou doenças infectocontagiosas, era relativamente claro que as autoridades administrativas deveriam intervir. Relativamente, porque a legislação colombiana não considerava obrigatória a declaração de doenças infectocontagiosas. Temia-se que a declaração ocasionasse abusos das autoridades locais e sofrimento para doentes e famílias. Entretanto, a lei n. 99 de 1922 determinou a aplicação de medidas de profilaxia para doenças infectocontagiosas, tanto aquelas de declaração obrigatória às autoridades respectivas quanto as protestativas. No primeiro grupo se incluíam cólera asiático e cólera-nstras, febre amarela, peste bubônica, tifo exantemático, febre tifoide e paratifoide, varíola, difteria, escarlatina, disenterias bacilar e amebiana, tuberculose pulmonar e laríngea, pneumonia infecciosa, meningites cerebroespinal e epidêmica. O segundo grupo dependia da escolha da Academia Nacional de Medicina.<sup>483</sup>

---

geográfico. O que é reflexo da recepção da bacteriologia e da medicina tropical, e não de proximidade com a medicina do trabalho.

<sup>481</sup> GARCÍA MEDINA, Pablo. **El método experimental aplicado a la clínica médica**. Bogotá: La Luz, 1897, p. 46–49.

<sup>482</sup> VILLEGAS, Álvaro. Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa. Colombia, 1920-1940. **Estudios Políticos**. n. 26, p. 209–232, 2005, p. 230.

<sup>483</sup> CORRAL, **Memoria del ministro de agricultura y comercio al Congreso de 1920**, op. cit., p. 265; GARCÍA MEDINA, **Compilacion de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia**, op. cit., p. 7–15.

Em outras esferas, as coisas eram mais complexas<sup>484</sup>, mas em linhas gerais, o cuidado com a saúde estava acima dos direitos individuais. Essa era a opinião de Luis Cuervo Márquez, ministro de Governo de 1919 a 1920 e, em várias oportunidades, ministro da Instrução Pública. Para ele, o Estado deveria proteger todos os indivíduos contra as doenças, portanto, era obrigado a legislar sobre tudo o que se referisse à higiene das escolas, fábricas e oficinas, teatros, moradias dos trabalhadores do campo e a cidade, em síntese, intervir na resolução de todos os assuntos relacionados à higiene pública.<sup>485</sup> Em 1922, o general Ignacio Moreno, ministro de Comércio e Agricultura, referiu-se ao tema do intervencionismo como a censurável e justa necessidade que tem o Estado de se intrometer em questões privadas, a fim de “velar pelo bem-estar de seus associados, em todas as suas manifestações”, e trabalhar para que o indivíduo se desenvolva em condições de comodidade e em circunstâncias favoráveis a suas atividades e potencialidades.<sup>486</sup> Assim, era missão legítima velar, de forma mais ou menos direta, pelas condições higiênicas de fábricas, estabelecimentos de educação, edifícios públicos e privados e, em geral, “de lugares destinados à vida do homem”. De acordo com o ministro, a ação do Estado não se devia limitar ao problema higiênico, mas se estender às diversas fases que correspondessem a seus objetivos.

A ideia de intervenção em questões privadas era mais que um fenômeno isolado. Respondia à ideia mais ou menos generalizada de

---

<sup>484</sup> Por exemplo, com relação ao exercício da profissão médica ou à fabricação de medicamentos. GARCÍA, Víctor. **Remedio secretos y drogas heroicas: historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940**. Medellín: Universidad Nacional, 2008; MÁRQUEZ VALDERRAMA; GARCÍA; DEL VALLE MONTTOYA. La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX, op. cit.; RIVERO SEÑA, Mayerlis. Un caso de legitimación y construcción de autoridad: la curarina y el farmaceuta Henrique Luis Román 1884-1914. In: GUERRERO, Javier; WIESNER GRACIA, Luis; MARTÍNEZ, Abel Fernando (Orgs.). **Historia Social y Cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX**. Medellín: La Carreta/uPTc, 2010, p. 155–197.

<sup>485</sup> CUERVO MÁRQUEZ, Luis, Medicina Social. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**. v. XXXV, n. 418, p. 204–207, 1917.

<sup>486</sup> MORENO, **Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1922**, op. cit., p. XXXIV.

que a atuação dos particulares era insuficiente para lutar com problemas sanitários, sociais ou questões vinculadas ao progresso do país.

E na prática, sobre que se legislou na Colômbia nessa época? Segundo Francisco José Chaux, ministro de Indústrias (1930-1934), a legislação social na Colômbia podia dividir-se em leis de higiene social e legislação laboral. Por higiene social, o ministro entendia aquelas disposições sobre assistência social, cuidado pessoal e boas condições de vida do operário e de sua família<sup>487</sup>; nesse grupo, mencionava: lei n. 46 de 1918, sobre salubridade pública e habitações higiênicas para a classe operária; lei n. 4 de 1921, sobre higiene das jazidas e dos depósitos de hidrocarbonetos; lei n. 48 de 1924, sobre proteção à infância; lei n. 15 de 1925, sobre higiene social e assistência pública; lei n. 57 de 1926, sobre legislação operária; lei n. 72 de 1931, sobre descanso dominical; e lei n. 9 de 1930, sobre assistência social e escolas de trabalho.

O leque estava incompleto, pois Chaux não mencionou as leis antialcoólicas, antituberculosas ou contra as doenças venéreas, mais estava certo ao citar a lei n. 15 de 1925, sobre higiene social e assistência pública, pela qual as ideias modernas de “higiene social” foram definitivamente incorporadas ao Estado nos serviços de luta contra a tuberculose, as doenças venéreas, o alcoolismo e a proteção da infância. Nesse sentido, a lei n. 15 visava fortalecer hospitais e dispensários, criar serviços de socorro para doenças e acidentes, de controle e vigilância específicos para doenças venéreas, consultórios gratuitos para crianças e gotas de leite, inspeção escolar, serviços de maternidade, vigilância de amas de leite, controle higiênico de mercados públicos e armazéns de alimentos, polícia sanitária e prevenção das lutas endêmicas.<sup>488</sup>

Um dos aspectos mais destacados da lei n. 15 foi inserir a questão da saúde dos trabalhadores em alguns de seus 77 artigos: obrigação de formular um regimento especial de higiene para as fábricas, empresas comerciais e estabelecimentos educacionais com mais de quinze pessoas

---

<sup>487</sup> CHAUX, **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932**, op. cit., p. CVIII.

<sup>488</sup> GARCÍA MEDINA, **Compilacion de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia** op. cit.; HERRNSTADT, Ernesto. Gráficos sobre legislación social y organismos del trabajo elaborados por el asesor técnico del Departamento del Trabajo. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**. n. 72-77, p. 202-215, 1937.



(art. 16); vigilância regular da higiene desses estabelecimentos por parte das autoridades (art. 17); fornecimento de cuspidadeiras com soluções sépticas para os mesmos estabelecimentos (art. 18); obrigação de instalar campainhas nas minerações e proporcionar aparelhos de segurança (art. 27); provimento de ventilação ativa nos socavões (art. 28); certificação bimensal da saúde dos trabalhadores mineiros (art. 29), assim como do pessoal de usinas elétricas e empresas de transporte (art. 30); regulamentação do armazenamento de pólvora e substâncias inflamáveis e explosivas (art. 31); para essa mesma indústria, foi prevista a contratação de pessoal especializado (art. 32); interdição à indústria de alimentos de contratação de pessoas com doenças infectocontagiosas (art. 35); proteção da infância em escolas-restaurantes, entre outros (art. 44 a 52).<sup>489</sup>

Note-se que o espírito da lei valorizava muito a higiene social, mesmo incluindo aspectos de higiene industrial. Em outras palavras, o legislador, quando inseriu esses artigos relativos à higiene das indústrias, tinha em mente três coisas: em primeiro lugar, o paternalismo industrial legado da tradição católica, ligado naquele momento à doutrina social da Igreja. Em segundo lugar, uma preocupação sanitária geral, que considerava que as prerrogativas humanas têm seu limite no prejuízo de terceiros e, no caso de perigos sociais como a tuberculose, a lepra ou a difteria, a intervenção das autoridades era questão de higiene pública. Em terceiro lugar, considerava que questões de higiene social, como a degeneração da raça e os males sociais, eram obstáculos para o progresso. Eram cada vez mais frisados os aspetos.

No entanto, há que se dizer que, na mesma época em que a higiene social penetrava na política, a higiene industrial também começava a conquistar espaços. Assim, na VI Conferência Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas<sup>490</sup>, se recomendou para os próximos encontros a criação de uma comissão de estudos a partir dos pontos de vista sanitário e social da tuberculose, doenças venéreas e lepra, além de uma seção de estudos dos problemas relativos à higiene

---

<sup>489</sup> GARCÍA MEDINA, *Compilacion de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, op. cit., p. 22–36.

<sup>490</sup> PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE. *Actas de la sexta Conferencia sanitaria internacional de las republicas americanas, celebrada en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920*. Washington, D.C.: Publicado bajo los auspicios de la Unión Panamericana, 1921.

industrial. Na Quinta Conferência Internacional Americana<sup>491</sup> propôs-se também empreender trabalhos em “certos ramos da polícia sanitária”, como a higiene industrial, a fim de prever acidentes. Recomendou-se, igualmente, adotar medidas que contribuíssem à harmonia entre capital e trabalho e assegurassem o bem-estar social, tais como legislação laboral, melhoramento das condições de trabalho para crianças e mulheres, moradia operária, segurança e salubridade de fábricas, escritórios e oficinas, promoção da poupança e atenção ao crédito popular.

A situação não era muito diferente na Europa, onde a Grande Guerra e a revolução de 1917-1921 tinham conduzido ao clima de instabilidade industrial e provocado a adoção de diferentes reformas sociais, o reconhecimento dos riscos do trabalho e o nascimento de instituições e ramos da medicina orientados à pesquisa sobre as condições de segurança e salubridade da indústria. Todavia, a despeito dos acontecimentos sociopolíticos de cada país, existiu no período de entreguerras uma sorte de “paritarismo legislativo”<sup>492</sup>, acelerado tanto pela pressão dos organismos internacionais como pelo movimento operário; isto ocorreu do Japão à Alemanha, de Paris à Colômbia.<sup>493</sup>

De acordo com o exposto até agora, na Colômbia, existiram duas dimensões da salubridade pública: a higiene pública entendida como a ação benfeitora do Estado sobre os despossuídos, e a higiene social enquanto “ação preventiva, profilática e de controle dos fatores

---

<sup>491</sup> PAN AMERICAN UNION. **Quinta conferencia internacional americana, Santiago de Chile, 25 de marzo-3 de mayo, 1923**, [s.l.]: Imprenta del Gobierno, 1923.

<sup>492</sup> A expressão *paritarismo legislativo* é de Paul Weindling, citado por BUZZI; DEVINCK; ROSENTAL, **La santé au travail, 1880-2006**, op. cit., p. 29–33.

<sup>493</sup> Ibid., p. 29–30; MENÉNDEZ-NAVARRO, Alfredo. The politics of silicosis in interwar Spain: Republican and Francoist approaches to occupational health. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**. n. 28, p. 77–102, 2008, p. 80; MILLES, Dietrich. From workers' diseases to occupational disease: the impact of experts' concepts on workers' attitudes. In: **The social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 67; THOMANN, Bernard. L'hygiène nationale, la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon (1868-1960). **Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine**. v. 56, p. 142–176, 2009, p. 151.

geradores e multiplicadores da doença, dever do Estado em cumprimento de seu labor de proteção da nacionalidade e da raça”<sup>494</sup>. Nessas duas dimensões, se circunscreviam os atos legislativos n. 1 de 1918 e n. 1 de 1921, relativos à inspeção de fábricas e ao direito de “restringir a produção e o consumo dos licores e das bebidas fermentadas”. O mesmo que o acordo 33 de 1917, sobre profilaxia da tuberculose, embora envolvesse ações de vigilância das condições de higiene do trabalho e restrições de jornadas de mais de 10 horas no caso dos homens, oito no caso das mulheres e seis no caso das crianças.

Contudo, num espaço de tempo muito curto, vários acontecimentos nacionais – como a primeira série de greves organizadas pelo nascente movimento operário colombiano – e internacionais – como o fim da I Guerra, a Revolução Russa e a criação da Organização Internacional do Trabalho – impeliram à incorporação da questão social ao modelo de gestão estatal. Daí que, nos anos 1920, à higiene social se juntassem os problemas sanitários do mundo do trabalho e, em consequência, aparecessem embrionárias providências destinadas a garantir a segurança, a salubridade e a moralidade dos trabalhadores. Deste tipo foram a lei n. 4 de 1921, sobre higiene das explorações de jazidas ou depósitos de hidrocarbonetos; lei n. 26 de 1921, sobre serviços médicos e hospitalares para as empresas de exploração mineira na região do Chocó; lei n. 36 de 1926, sobre cadeiras suficientes para o descanso dos empregados de mercearias, boticas, fábricas e escritórios; e finalmente, a lei n. 15 de 1925.<sup>495</sup>

O panorama era tremendamente pobre em relação à capacidade do Estado para promover a prevenção das doenças na indústria. Tinha-se apenas facilitado um pouco a vida do trabalhador. De fato, a lei n. 15 foi unicamente cumprida depois da resolução 2 de 1946, pois se fixava em lugar visível apenas o regulamento de trabalho e não o de higiene.<sup>496</sup> Ainda em 1927, Gustavo Otero Muñoz diretor do OGT, refletia acerca do duplo papel social do legislador: impor sanções severas ao patrão, para afiançar, dentro do possível, a vida e a integridade corporal do

---

<sup>494</sup> NOGUERA, **Medicina y Política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia**, op. cit., p. 180; QUEVEDO *et al*, **Café y gusanos, mosquitos y petróleo**, op. cit., p. 264.

<sup>495</sup> GONZÁLEZ LONDOÑO, César. **Codificación obrera, concordada, comentada y anotada**. Bogotá: Tipografía Granada, 1933.

<sup>496</sup> QUINTERO SANABRIA, **Anotaciones a medicina del trabajo**, op. cit., p. 90.

trabalhador e assegurar as vítimas de acidentes com as indenizações adequadas. Em síntese, disse Otero: “Prevenir, quando possível, reparar, se as medidas preventivas forem impotentes; esse deveria ser o duplo objetivo de uma legislação racional”.<sup>497</sup>

E a tarefa nunca se cumpriu, porque muitos anos depois, ao destacar os avanços legislativos, Roberto Lleras Restrepo, menos panglossiano que seus antecessores e contemporâneos, julgava desfavorável o predomínio da indenização em prejuízo de um maior desenvolvimento da higiene industrial e da medicina preventiva. Quer dizer, a vontade dos intérpretes desafiava o espírito da lei, já que a finalidade da legislação era estimular os industriais para que interviessem na esfera laboral, reduzindo os riscos profissionais: diretamente, mediante normas de trabalho na indústria, ou indiretamente, por meio da indenização.<sup>498</sup>

#### 4.2. A Oficina General del Trabajo (1923-1946)

A propósito da celebração do 1º de Maio de 1926, o editorial do jornal *El Tiempo* perguntava: “nossos operários têm tudo o que precisavam?”. A resposta era óbvia. A fim de realçar a inutilidade da política pública do partido que tinha governado desde 1886, o editorialista mencionava os camponeses convertidos em bestas humanas, asnos de trabalho e instrumentos eleitorais; operários que moravam em casebres de boêmios e anti-higiênicos cortiços; locais onde ainda se trabalhava 16 horas por dia; para completar o quadro, uma estatística que mostrava, “imperturbável, como toda estatística”, que os operários não gozavam de garantias morais, laborais e biológicas. A solução eram leis de trabalho e serviços de controle que impediriam a impunidade. Mas nada se fazia no âmbito público nem no privado. O escritório do trabalho, segundo o editorial, era uma entidade que “não ia a nenhuma parte, nem tinha programa definido, nem marcava uma tendência justa, nem podia fazer cumprir duas ou três leis sobre o trabalho”. Em síntese, era iniludível que o congresso fizesse algo pelos

---

<sup>497</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria presentada al Congreso de 1927**, op. cit., p. 63.

<sup>498</sup> LLERAS, **Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial**, op. cit.

operários, visto, ademais, que eles já haviam adquirido uma convicção profunda de sua individualidade e conseguido fazer-se respeitar<sup>499</sup>.

Em 19 de maio, o mesmo jornal publicou uma carta de Gustavo Otero Muñoz, então diretor da OGT, desde sua criação, assinalava que era função principal daquele organismo governamental responder a todas as consultas dos trabalhadores, resolver suas controvérsias e reclamações. Reconhecia vários problemas, que se podiam resumir da seguinte forma: sem pessoal e instrumentos jurídicos, era utópico pedir à OGT a fiscalização e a defesa das classes proletárias. A respeito da legislação, Otero enumerava mais normas: a lei de descanso, nos dias de festas religiosas (1905), acidentes de trabalho (1915), habitações para operários (1918), greve (1919), conciliação e arbitragem dos conflitos laborais (1920), higiene de explorações de hidrocarbonatos (1921) seguro coletivo (1921 e 1922), proteção à infância (1924), higiene social e assistência pública (1925). Acrescenta que, para aperfeiçoar a legislação trabalhista, o poder executivo tinha ordenado que o OGT formulasse um código do trabalho, cujo resultado era uma moderna codificação de 400 artigos. Em resposta ao editorial, concluiu que só um olhar superficial desconhecia a importância do organismo<sup>500</sup>.

Em sua carta, o diretor da OGT arrolou vários argumentos sobre seu caráter técnico: estudar os problemas sociais e fornecer informações para a formulação de uma lei que permitisse melhorar moral e materialmente a vida dos trabalhadores; inspecionar o fiel cumprimento das disposições legais na matéria; formular um código do trabalho que antecipasse os conflitos sociais. Aliás, considerava de vital importância fundar um serviço de estatística e outro de publicidade. O serviço teria, através da *Revista do Trabalho*<sup>501</sup>, o papel de ilustrar o povo sobre seus verdadeiros deveres e direitos, e dessa maneira, conseguir a cooperação

---

<sup>499</sup> EDITORIAL. La fiesta del trabajo. **El Tiempo**. 5244. ed. p. 1, 1926.

<sup>500</sup> OTERO MUÑOZ, Gustavo. La oficina del trabajo. **El Tiempo**, 5261. ed. p. 11, 1926.

<sup>501</sup> O primeiro número do *Boletín de la Oficina General del Trabajo* foi publicado em 1929. Até 1930 se manteve esse nome, mas na página 515 do boletim número 8-9, de julho-agosto de 1930, passou a ser o *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo*. Em 1936, após a reorganização do escritório, aparece como o *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*. Em 1937, foi publicado o número 72-77, e o número 78 aparece unicamente em 1940. Entre 1942 e 1947 não foi possível identificar outra publicação oficial com as mesmas características. De 1948 até 1952, o Ministério do Trabalho publicou o *Boletín del Trabajo*.

de todos. Todavia, além das atividades de higiene social ou destas outras funções técnicas elencadas por Otero, o artigo 3 de criação da OGT decretava o estudo das condições dos trabalhadores da terra ou arrendatários.

Em 1927, a lei n. 73 autorizou ao diretor da OGT a criação das seções que considerasse necessárias para atender às questões legislativas, estatísticas, de inspeção, vigilância, emprego e higiene. O que, em outras palavras, significava formar um quadro para intervir nos contínuos conflitos entre arrendatários e fazendeiros nas regiões cafeeiras; ajudar na conciliação e arbitragem dos conflitos entre capital e trabalho; adquirir conhecimento das condições e inquietudes sociais na vasta extensão do país; resolver as questões relativas à aplicação da lei sobre acidentes de trabalho e da lei de seguros obrigatórios. Estas medidas tinham papel de “polícia administrativa do trabalho”, ao conceder aos inspetores a faculdade de ingressar sem aviso prévio em indústrias e comércios<sup>502</sup>. Inicialmente em doze regiões, o decreto 2164 de 1929 reduziu o número de inspetores do trabalho de doze para cinco. Por conta dos poucos funcionários e graves limites materiais, era bem difícil que se avançasse na fiscalização e no estudo do mundo do trabalho.

Assim permaneceu a OGT até 1933, quando começou a fazer parte do Ministério de Indústrias e Trabalho, que substituiu o Ministério de Indústrias, em funcionamento desde 1924 (lei n. 31 de 1923). Resistindo à transição do regime conservador (1886-1930) ao regime liberal (1930-1946), foi reorganizado, mediante o decreto 1758 de 1934<sup>503</sup>. Desde esse momento, o Departamento da OGT estaria conformado por três seções: Direção, Inspeção e Estatística do Trabalho. Ainda no mesmo ano, a resolução 2 organizou as atividades internas, com a novidade de distribuir aos oito inspetores tarefas concretas: um chefe; um inspetor médico, para verificar tudo o que se relacionasse a acidentes, fábricas e creches; um inspetor para o estudo de seguros coletivos, aposentadorias e acidentes; um outro a cargo da redação de resoluções; os restantes inspetores integrariam comissões fora da capital.

---

<sup>502</sup> MOLINA, La inspección del trabajo en Colombia, op. cit., p. 67.

<sup>503</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS Y TRABAJO. Decreto número 1758 de 1934 por el cual se reorganiza el Departamento de la Oficina General del Trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. VI, n. 45-50, p. 306, 1934.

Quanto à seção de estatística, Lanao Tovar destacou a formação do livro de registros de sindicatos<sup>504</sup>.

Posteriormente, a lei n. 12 de 1936 reorganizou o Departamento do Trabalho (DNT) e introduziu duas significativas mudanças. A OGT passou a ser, explicitamente, o DNT. Por outro lado, ampliou-se visivelmente sua capacidade de ação. Com efeito, a lei n. 12 organizou o DNT nas seções direção e inspeção, composta por 14 inspetores do trabalho (ou inspetores seccionais do trabalho) e quatro inspetores visitantes. Com a nova lei, os inspetores seccionais adquiriram jurisdição no território departamental e nas intendências para solucionar os problemas das relações entre capital e trabalho. Assim, em contraste com o que ocorria até então, os inspetores foram investidos, temporalmente, com o caráter de chefes de polícia, para o cumprimento de leis, decretos, resoluções e regulamentos sobre questões sociais. Estavam habilitados para impor multas a quem desobedecesse ou burlasse as providências da lei.<sup>505</sup>

Também em 1936, o decreto 666 estabeleceu que o Departamento do Trabalho adjunto ao Ministério de Indústrias e Trabalho estaria composto pela Direção Geral do Trabalho (chefe, advogado, secretário, cinco inspetores visitantes, arquivador bibliotecário, estenógrafo, oficial de correspondência); Inspeção do Trabalho (até 15 inspetores, até 5 subinspetores, até 15 secretários, até 5 escriturários arquivistas, até 15 auxiliares mecanógrafos); Superintendência de Cooperativas (superintendente, delegado viajante, revisor de contas e estenógrafo).

Se havia muitas semelhanças, o rumo da reforma significou um acréscimo no orçamento destinado à carteira do trabalho e à organização sistemática das funções desse organismo. Igualmente, de acordo com decreto 666 e a resolução 156 de 1936, com relação à saúde dos trabalhadores, além das funções habituais de vigilância do cumprimento das leis sociais nas fábricas, empresas industriais e comerciais, a direção do Departamento do Trabalho, os inspetores e os subinspetores deveriam estudar e divulgar os meios mais adequados para prevenir os acidentes e conseguir a readaptação profissional; realizar e divulgar pesquisas sobre higiene industrial e medicina do trabalho, entre outros

---

<sup>504</sup> LANA O TOVAR, Resolución número 2 de 1934 por el cual se organiza la labor interna de la Oficina General del Trabajo.

<sup>505</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 12 de 1936. Por el cual se reorganiza el Departamento de Trabajo del Ministerio de Industrias y Trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. VIII, n. 63-70, p. 7-10, 1936.

aspectos; colaborar na formulação de medidas de higiene social; promover o aperfeiçoamento dos trabalhadores.

Contudo, não eram profundas as modificações, dado que a criação da jurisdição especial do trabalho estava sujeita à reforma da Constituição de 1886. Compreende-se, assim, porque a lei n. 12 de 1936 recalçou os limitados e temporais poderes de atuação dos funcionários do DNT. Na medida em que a justiça ordinária mantinha a jurisdição sobre as relações entre capital e trabalho, as resoluções por acidentes de trabalho, entre outros conflitos, eram resolvidas tardia e equivocadamente. Quanto ao DNT, não deixava de ter como único mecanismo de intervenção a resolução pacífica dos conflitos.

O Ministério do Trabalho, Higiene e Previsão Social (MTPS) foi criado em 1938, para substituir o Departamento Nacional de Higiene. Apesar do consenso acerca da importância de se criar a jurisdição especial do trabalho, o decreto 2392 de 1938 incorporou ao MTPS o Departamento Nacional do Trabalho, formado pela Seção de supervigilância sindical, a seção de Inspeção e Pesquisa Geral e a Seção de Assessoria Jurídico-Técnica. Da mesma, forma a Seção de Inspeção e Pesquisa Geral era integrada por vários inspetores nacionais do trabalho, inspetores seccionais, auxiliares e subinspetores nos distritos de maior importância econômica. Entre suas funções destacavam-se vigiar o cumprimento das leis do trabalho, intervir nos conflitos de trabalho, na classificação e na avaliação das incapacidades, estudar e dar conceito sobre os regulamentos de trabalho. Nos termos de Francisco Posada Zárate, encarregado do Departamento Nacional do Trabalho, a função deste organismo era verificar que as leis sociais tivessem adequada função protetora dos grupos economicamente mais fracos e intervir na harmonização das relações entre capital e trabalho<sup>506</sup>.

Finalmente, em 1946, pela lei n. 27, foram criados o Ministério de Higiene e o Ministério do Trabalho, separando assim a higiene e assistência pública do campo laboral e da seguridade social. Dessa forma, o DNT se transformou em um ministério independente e, durante a administração do presidente Mariano Ospina Pérez (1946-1950), adquiriu um caráter tecnocrático e planejador, a fim de promover o desenvolvimento científico do trabalho. As ideias tecnocráticas e de racionalização difundidos pelos engenheiros, especialmente os formados

---

<sup>506</sup> MINISTRO DE TRABAJO HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL. **Anexos de la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social.** Bogotá: Imprenta Nacional, 1943, p. 5.



na Escola Nacional de Minas, se inseriam assim na dinâmica do Estado colombiano<sup>507</sup>. Nesse contexto, foi criada, em 1948, a Divisão de Medicina do Trabalho, na Oficina Nacional de Medicina e Higiene Industrial do Ministério do Trabalho. Até 1946, a única autoridade em relação à medicina do trabalho era o inspetor médico do trabalho, com residência em Bogotá. A função principal da Divisão de Medicina do Trabalho foi “o estudo dos aspectos médico-legais do trabalho”. Ainda com a ajuda do Serviço Cooperativo Interamericano de Saúde Pública, foi criada também a Seção de Higiene Industrial, “encarregada de investigar as condições ambientais nas quais se desenvolvem muitas atividades e tomar medidas com previsão de correção, em colaboração com a Divisão de Medicina do Trabalho”.<sup>508</sup>

Em 25 anos de história, se produziu a transferência da OGT ao Ministério de Trabalho. Entretanto, as contínuas reorganizações, além das transformações políticas, complicam a exposição dos alinhamentos deste organismo frente à questão social e, particularmente, a respeito das greves e dos movimentos operários. Vislumbra-se uma vacilante manifestação de legitimidade, ora mediante conciliação, ora mediante coerção. Percebe-se a mesma dificuldade de enquadramento quando se trata de compreender a forma como se incorporaram as questões de saúde, seguridade social, intervencionismo de Estado e direito trabalhista.

Ao longo desta seção, se tem explanado sobre as possibilidades para a criação da OGT, isto é, transformações socioeconômicas e desenvolvimento agroexportador e industrial; incorporação da higiene pública ao horizonte estatal, num contexto de intervencionismo social embrionário; posicionamento político da higiene social, com suas formas particulares de profilaxia social; criação de instituições governamentais e promulgação de leis para fazer frente à questão social e ao movimento operário; primeiros passos na pesquisa e vulgarização da higiene industrial no mundo.

Esses fenômenos históricos ajudam a compreender porque a lei n. 83 agrupou questões sociais e de higiene social, além de preocupações respeito das modernas relações entre capital e trabalho.<sup>509</sup> De acordo

---

<sup>507</sup> SARMIENTO LÓPEZ, **Medicina del Trabajo**, op. cit., p. 19.

<sup>508</sup> SARMIENTO LÓPEZ, **Medicina del Trabajo**, op. cit..

<sup>509</sup> Com efeito, algumas dessas funções eram semelhantes às de outras agências criadas em países como Espanha (1903/1906?), Argentina (1907), Chile (1907/1924), México (1912), Uruguai (1913), Brasil (1921), Bolívia (1926), Equador (1926). No que tange à questão da higiene social, trata-se

com a lei n. 83 de 1923, o Escritório Geral do Trabalho deveria estudar os conflitos entre capital e trabalho; seguros obrigatórios; moradias para os operários; higiene e salubridade em fábricas, empresas industriais e comerciais; acidentes de trabalho; trabalho de mulheres e crianças; educação cívica e instrução técnica das classes proletárias; jornais; instrução técnica; luta contra vadiagem, alcoolismo, sífilis, tuberculose e outras doenças que ameaçassem o proletariado. Adicionalmente, tinha como função o estudo das condições dos “trabalhadores da terra”, ou “arrendatários”, a defesa das terras dos colonos e cultivadores; o alívio dos impostos excessivos sobre os cultivadores – em síntese, tudo o que se relacionasse com o vasto panorama das questões sociais<sup>510</sup>. Note-se que a OGT também inaugurou um espaço de relacionamento entre o Estado e a indústria, os operários e os camponeses. Um espaço que incorporava tradições administrativas, ao passo que sinalizava com novas perspectivas de intervenção.

Na seguinte seção, analisa-se a Inspeção do Trabalho. Em princípio, pode-se pensá-la como parte do horizonte de intervenção da OGT e, portanto, imaginar que a história de ambas as instituições está integrada. Todavia, a história da inspeção do trabalho tem parentesco com a Inspeção de Fábricas de Medellín, o que sugere outro interessante processo de configuração e institucionalização das preocupações com o corpo em risco.

---

de uma particularidade. Ver LOBATO, Mirta. Historia de las instituciones laborales en Argentina. **Revista de Trabajo**, v. 3, n. 4, p. 145–155, 2007; ALMEIDA, Ana Beatriz Sá de Almeida. **As parcelas (in)visíveis da saúde do anônimo trabalhador: uma contribuição à história da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950)**. Tese (Doutorado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004. Para um panorama sobre a criação desse organismo e outras instituições laborais na América Latina, ver: AVELLA GÓMEZ, **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**, op. cit. Para o caso chileno, ver a pesquisa institucional de RODRÍGUEZ ROJAS, Marcos Antonio. **La Inspección General del Trabajo: el surgimiento de las fiscalización laboral 1924-1934**. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo, 2010.

<sup>510</sup> LANA TOVAR, José Ramón. Orígen, desarrollo y funciones del Departamento del Trabajo. Conferencia radiodifundida el 12 de noviembre de 1935. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**. n. 72-77, p. 4–8, 1937.

### 4.3. A Inspeção do trabalho na Colômbia (1918-1927)

A impotência estatal para transformar as precárias condições de trabalho era resultado da pobre legislação, mas também da falta de agências estatais para verificar seu mínimo cumprimento. Apesar disso, algumas experiências locais anteciparam a inspeção nacional, como o caso do Escritório de Polícia de Fábricas, criado na cidade de Medellín, em 1918, pela ordenança 25.

Tudo indica que o projeto teve boa acolhida por diversos setores sociais, desde conservadores até liberais<sup>511</sup>, e mesmo na fase de aprovação, foi parabenizado na *Revista Católica de Cuestiones Sociales*, projeto editorial espanhol de difusão da doutrina social da Igreja Católica. Na ocasião, a revista destacou os benefícios que receberiam três mil operárias uma vez fosse aprovada a iniciativa da ação social católica de Medellín.<sup>512</sup>

Para Francisco de Paula Pérez, político conservador, secretário de governo e promotor da iniciativa, era indispensável dar solução aos perigos que acompanhavam o industrialismo, buscar o equilíbrio das forças sociais, para que não se excedesse o fermento que, desde baixo se agitava, nem o impetuoso e bravo egoísmo que se derramava de cima. Ao exprimir o sentido de sua proposta, o secretário citou honras e virtudes de membros e unidades poupados para a sociedade e a indústria; bandeiras de luta e violência suprimidas pela solução equitativa; atmosferas respiráveis e protegidas dos miasmas deletérios.<sup>513</sup>

---

<sup>511</sup> VILLEGAS GÓMEZ, **La formación social del proletariado antioqueño, 1880-1930**, op. cit., p. 235.

<sup>512</sup> ECHARRI, María de. Crónica del movimiento católico femenino. **Revista Católica de Cuestiones Sociales**. v. XXIII, n. 270, p. 347–351, 1917, p. 348–349. Echarri, sindicalista católica e inspetora do trabalho em Barcelona, defendia o aumento das mulheres. LLOP, Jose María Borrás. Los límites del primer intervencionismo estatal en el mercado laboral: la Inspección del Trabajo y la regulación del empleo de las mujeres (Cataluña, 1900-1930). **Cuadernos de Historia Contemporánea**. v. 31, p. 149–191, 2009.

<sup>513</sup> PÉREZ, **Memoria que al Sr. General D. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento presenta al Secretario de Gobierno al reunirse la asamblea de 1917**, op. cit.

O fundamento filosófico da proposta de ordenança não era outro senão a doutrina católica na versão de propagandistas de fins do século XIX, como M. Decurtins e o Conde Albert de Mun, ou reformadores sociais católicos do século XX, como Jorge Hertling. Deles, resgatou-se a opinião sobre o liberalismo individualista da escola manchesteriana, com seu anti-intervencionismo, divisão do trabalho, maquinismo e produção intensiva; a iminência da revolução social e o crescimento da organização do proletariado; os danos à saúde resultantes da manipulação de máquinas “temíveis” e realização de monótonos ofícios; a intervenção do Estado nas jornadas de trabalho, condições de higiene e insalubridade, idade mínima, trabalho noturno, descanso dominical, salários, seguros de vida, acidentes e velhice; arbitragem dos conflitos sociais; cooperativismo e associativismo; proteção da família; diminuição de impostos; exclusão dos estrangeiros da direção e exploração dos serviços públicos; controle de agiotagem e especulação financeira, em razão da proteção da riqueza nacional.

Na versão nacional, tudo isso foi cogitado à luz dos princípios da encíclica *Rerum Novarum ou Conditione Opificum* (1891), com suas formas paliativas de caridade, justiça cristã, conservadorismo, defesa da propriedade privada e da ordem natural. Como disse um comentarista da época, sem desconsiderar o direito e o dever de “intervenção supletória” que tem a autoridade pública, mas de forma moderada, não sistemática, e limitada a remediar ou evitar os abusos do setor privado.<sup>514</sup>

Pérez sustentou constitucionalmente seu projeto no citado artigo 19, que encabeçou a seção de direitos civis e as garantias sociais: “As autoridades da República estão instituídas para proteger a todas as pessoas em suas vidas, honra e bens, e assegurar o respeito recíproco dos direitos naturais, prevendo e punindo os delitos”.<sup>515</sup> Não citou o artigo 44, sobre inspeção da moralidade, segurança e salubridade públicas, mas devia tê-lo em mente.

Desde o princípio, sente-se o moralismo católico e o paternalismo industrial da norma. O primeiro artigo remete ao código de polícia, segundo o qual, “os donos de estabelecimentos ou fábricas onde se dê ocupação a pessoal de ambos sexos, deverão empregar uma ou mais

---

<sup>514</sup> 1918, Gabriel Lizardi, *El Sol*, apud PÉREZ, Francisco de Paula. **Memoria que al Sr. General D. Pedro Justo Berrio gobernador del departamento presenta el Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918**. Medellín: Imprenta Oficial, 1918, p. 293–294.

<sup>515</sup> ANGARITA, **Constitución de la República de Colombia (sancionada el 5 de agosto de 1886)**, op. cit., p. 28.

matronas ou senhoras, ou ainda senhoritas, de reconhecida autoridade ou responsabilidade, para que garantam o maior respeito à moral”<sup>516</sup>. Com relação aos demais assuntos de competência do Escritório de Inspeção de Fábricas, manteve-se o mesmo espírito doutrinal, com a inserção de alguns aspectos trabalhistas: restringir o trabalho infantil a maiores de 10 anos, e a não mais de oito horas para os maiores de 15; restringir a oito horas a jornada das mulheres e considerar a compatibilidade da ocupação com o estado de gravidez; vigiar a aplicação da lei n. 57 de 1915 sobre acidentes de trabalho e fixar em lugar público do local de trabalho um exemplar da lei, para que os operários conheçam seus direitos e indenizações; obrigação, sob pena de multa, de criar um regulamento de trabalho com regras de moral, segurança e higiene; fiscalizar o tratamento dispensado por chefes e administradores especialmente às operárias; vigiar as relações entre operárias e operários; em caso de suspeita de dano material ou moral, o empresário deveria informar ao encarregado ou inspetor autorizado. Nos artigos restantes, se definiram os procedimentos de inspeção dentro e fora da cidade e a parceria com o Escritório Médico Departamental para avaliar a segurança, a moralidade e a higiene das fábricas inspecionadas. Competia igualmente à inspeção apresentar estatísticas de operários, salários e acidentes de trabalho; atender as inscrições de operários, para empregá-los em diferentes regiões do departamento; ajudar as associações operárias na gestão jurídica. Para efeitos da norma, considerava-se fábrica ou estabelecimento aqueles que empregavam, ao menos, dez operários.

Na versão das autoridades, a ordenança era uma iniciativa de intervenção do Estado no trabalho, tendo em conta o incremento de fábricas, o aumento do número de operários e os perigos da comoção social e do desequilíbrio das forças sociais. O secretário de governo considerava que os resultados iniciais eram bastante favoráveis, pois tinham conseguido flexibilizar a opinião dos donos de fábricas frente à intervenção da autoridade em coisas privadas; corrigir graves irregularidades na maioria das fábricas; antecipar os gravíssimos males do problema operário, mediante a conciliação das pretensões de uns e os interesses de outros – em síntese, como disse o secretário de governo,

---

<sup>516</sup> PÉREZ, Francisco de Paula. **Memoria que al Sr. General D. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento presenta al Secretario de Gobierno al reunirse la asamblea de 1917**, p. 19–21.

tornar amistosas as relações de todos os membros da família industrial.<sup>517</sup>

No primeiro ano de funcionamento do órgão, de julho a dezembro de 1918, o inspetor visitou um total de 50 estabelecimentos: nove indústrias de tecidos, cinco de charutos e cigarros, oito trilhadoras, três cervejarias, uma fábrica de fósforos, oito indústrias de vários produtos, duas selarias, duas sapatarias, três torradeiras de café, um moinho e uma carpintaria. Adicionalmente, observou o cumprimento da lei vigente no caso de sete operários acidentados e iniciou o levantamento sobre a estatística operária e a atenção aos operários que solicitavam trabalho.<sup>518</sup>

No procedimento de inspeção, se constatava o número de empregados, primeiramente; quando era menor que os dez determinados pela norma, suspendia-se o procedimento. Em caso de prosseguimento da inspeção, indagava-se pelo pessoal (quantidade, gênero, idade), horário de trabalho, salários, multas, moralidade (relacionamento entre homens e mulheres, comportamentos obscenos ou uso de palavras ofensivas entre companheiros), higiene (ventilação, asseio de pisos, paredes e tetos, banheiros para homens e mulheres, água potável e água esterilizada, certificado de sanidade, ou qualquer item que “deixe um pouco a desejar”), acidentes de trabalho e seu livro de registro. O inspetor deveria advertir o empresário quanto aos atentados à moral e às deficiências sanitárias; a visita ficava inscrita no livro de registros da fábrica e no livro de registros do escritório, pois assim, o “administrador não podia alegar nem ignorância nem esquecimento das instruções do inspetor”.<sup>519</sup>

Em algumas ocasiões, o inspetor se dirigia às fábricas acompanhado pelo médico da cidade. A inspeção se repetia, para verificar se as sugestões tinham sido acatadas. Em caso negativo, o inspetor podia sancionar o patrão, por via administrativa, o que raras vezes acontecia. Em 1921, determinou-se que, desse houvesse controvérsias, seriam nomeados dois peritos, representando ambas as

---

<sup>517</sup> MARULANDA, Jesus M. **Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento al reunirse la Asamblea de 1919**. Medellín: Imprenta Oficial, 1919, p. 61–62.

<sup>518</sup> Ibid.

<sup>519</sup> MARULANDA, **Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento al reunirse la Asamblea de 1919**, p. 66.

partes, e se a discórdia se mantivesse, a autoridade poderia nomear um terceiro.

Qual foi o alcance deste primeiro experimento de inspeção de fábricas? O historiador Jairo Campuzano elaborou uma amostra representativa dos relatórios de inspeção entre 1920 e 1927<sup>520</sup>. As 51 indústrias escolhidas receberam cerca de oito inspeções por ano, e 31% das 3481 inspeções não foram assinadas pelo administrador da empresa, o que pode indicar simplesmente a ausência no momento da visita, mas também pode significar que o administrador, a princípio, não era obrigado ao cumprimento das resoluções do inspetor. O embrionário exercício de intervenção do Estado se manifesta neste caso pela regularidade com que foram inspecionados muitos dos estabelecimentos. De fato, constam nas cifras de Campuzano fábricas que acumularam cerca de 80 inspeções ao longo de setes anos. Entretanto, de modo geral, o número de inspeções cresceu a partir de 1918 (tabela 1), ao ponto de todos os estabelecimentos da cidade terem sido inspecionados (tabela 2).

	1918	1919	1921	1922	1924	1925	1926	1927
Rural			417	260	297	297	310	
Urbana	50	60	253	273	262	289	380	225
Pequenas fábricas				127	220	254	272	

**Tabela 3. Número de inspeções realizadas entre 1920-1927.** Fonte: Elaboração própria, a partir dos informes do secretário de governo e do inspetor de fábricas.

As circunstâncias do desenvolvimento econômico da região evidentemente tiveram peso. No fim do século XIX, Antioquia e, particularmente, Medellín tinham passado de pequenas empresas artesanais e fabris a indústrias têxteis e manufaturas com certo grau de sofisticação técnica e práticas de racionalidade científica e eficiência produtiva. A primeira geração de operárias concentrou-se nessas indústrias.

<sup>520</sup> CAMPUZANO HOYOS, Jairo Andrés. **Cogepuercos, faldas y pantalones. Relatos historicos de algunos aspectos del diario vivir de los obreros en Medellín en la década de 1920.** Historiador, Universidad de Antioquia, Medellín, 2005.

Anos	Estabelecimentos	Operárias	Operários
1916	72	2056	2287
1920	88	2.056	553
1921	70	2.143	280
1922	75	2.164/2561	608
1923		2816	1032
1924	71	2.638	445
1925	124	2.291	508
1926	137	2.302	567
1927	124 /89	2.608/3974	646/1962
1928	94	4111	1887

**Tabela 4. Estabelecimentos, operárias e operários – 1920-1927.**

Fonte: anuários estatísticos da cidade de Medellín.<sup>521</sup>

<sup>521</sup> As cifras de operários para 1922 e 1923 são de MONTENEGRO, El **arduo tránsito hacia la modernidad: historia de la industria textil colombiana durante la primera mitad del siglo XX**, op. cit.; VEGA CANTOR, Renán. **Gente muy rebelde: Mujeres, artesanos y protestas cívicas**. Bogotá: Pensamiento Crítico, 2002. As restantes provêm da pesquisa de Jairo Campuzano, baseada nos registros da inspeção de fábrica. Como lembra o autor, os dados são bastante aproximativos, porque registram unicamente os operários contabilizados nas empresas inspecionadas em Medellín. No caso de 1927, aparecem duas cifras – as segundas foram tomadas do informe do inspetor de fábricas. PÉREZ, Francisco de Paula. **Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento**. Medellín: Imprenta Oficial, 1928, p. 138–143. A tabela, certamente deficiente, exemplifica a tendência de maior quantidade de mulheres no mercado formal de trabalho da cidade. Considero importante usar a expressão “formal”, porque para a mesma época se estima que havia, aproximadamente, 5000 trabalhadores homens e mulheres na cidade, o que constituía 8% da população. VEGA CANTOR, **Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras**, op. cit., p. 132. Em qualquer caso, a expressão formal se usa aqui



O fato da primeira geração de operária ser quase quatro vezes o número de operários chama atenção. Observando os dados da inspeção de fábricas, é possível pensar na lógica econômica por trás do predomínio das mulheres nos estabelecimentos industriais de Medellín, pois com efeito o salário de elas era sempre inferior ao de eles. Também, o tipo de indústria parece ter tido alguma influência nessas cifras, segundo a historiadora Ana María Jaramillo os operários predominavam nas vidrarias, fábricas de louça, oficinas de mecânica e fundição, fábricas de cerveja, materiais de construção e algumas de alimentos. As operarias, por sua vez, predominavam nas trilhadoras, fabricas de tecidos, charutos e cigarros, fósforos, alimentos e bebidas<sup>522</sup>. A idade deste grupo de operárias oscilava entre os 15 e 24 anos, a maioria mulheres solteiras, imigradas do campo a cidade. Ou seja, constitui uma força de trabalho “mais dócil aos manejos e, em consequência, mais produtiva”<sup>523</sup>. Dos anos 1930 para frente, tal tendência feminina na indústria muda, até que finalmente nos anos 1960 se inverte. Uma explicação para a inversão de roles, parece estar na empreitada católica pelo retorno das mulheres ao lar, ao passo que uma tecnificação da indústria vista como alheia as capacidades femininas. Além disso, uma explicação mais prosaica lembra a incorporação nos anos 1930 de vários direitos sociais para mulheres e crianças, pelo que o trabalho de elas deixou de ser tão rentável.

Nesse contexto fabril de começos de século XX, os historiadores têm identificado reiteradas formas de paternalismo industrial. Era comum a presença de sacerdotes, marcas e rituais da devoção cristã, assim como a disposição de casas, dormitórios, restaurantes e celebrações de festas que acentuavam a ideologia da grande família. Ou seja, uma expressão viva das hierarquias de virtude e moralidade, com suas formas de coação psíquica e terrorismo religioso.<sup>524</sup>

---

por contraste com a de trabalho informal, embora esta seja um eufemismo para falar da luta pela sobrevivência.

<sup>522</sup> JARAMILLO, Ana María. Indústria, proletariado, mujeres y religión, in: VELÁSQUEZ, Magdala; REYES CÁRDENAS, Catalina; RODRÍGUEZ, Pablo (Eds.). **Las mujeres en la historia de Colombia**, Santafé de Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social: Presidencia de la República de Colombia: Grupo Editorial Norma, 1995, v. 2, p. 387–424.

<sup>523</sup> Ibid., p. 399.

<sup>524</sup> HENDERSON, **Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965**, p. 84–86; MAYOR MORA, **Ética, trabajo y productividad en Antioquia**, op. cit., p. 257–315.

Para Mauricio Archila, as inspeções de fábricas eram parte dessa ideologia paternalista que caracterizou a nascente indústria desta região do país. Além das inspeções, faziam parte dessa ideologia a lei n. 57 de 1915 (acidentes de trabalho), as iniciativas de construção de moradia operária em Bogotá, em 1918, e os Patronatos de Operárias.<sup>525</sup> Archila acrescenta que foram justamente estas ações as utilizadas pelo industrial para tentar suavizar temporariamente as opressivas condições de trabalho, manter o trabalhador afastado das bandeiras sindicais e a virtude das mulheres longe dos extravios e insinuações sexuais dos quadros médios<sup>526</sup>. Renan Vega Cantor também crê que a inspeção de fábricas foi um instrumento, entre outros, pelo qual os patrões intentaram manter o frágil sistema paternalista e enfrentar as habituais manifestações de autonomia das trabalhadoras.<sup>527</sup> Por sua parte, Ann Farnsworth-Alvear<sup>528</sup> destaca a função de proteção da “virtude” das operárias, frente imoralidade, sedução e desonra, esclarecendo que mais que uma conspiração da elite para constringer a sexualidade das operárias, o que estava por trás da obsessão dos reformadores era uma abstração romântica da pobreza, do perigo e da fragilidade corporal das operárias.

Pode-se pensar que a presença dos imperativos morais e sociais era tão forte, que terminavam por afetar indiretamente projetos mais seculares, como o escritório de estatística do distrito. Assim, no anuário estatístico do distrito de Medellín, foi publicada uma informação relativa às operárias (empresa, jornal, horas de trabalho, estado civil, idade, procedência, grau de instrução), ao passo que não houve

---

<sup>525</sup> O Patronato de Operárias foi criado em 1919, por iniciativa de mulheres da burguesia antioqueña. Sua função era albergar mulheres que vinham do campo à cidade para trabalhar; e, mediante um conjunto de práticas de doutrinação moral, salvaguardar sua castidade e sua moralidade. FARNSWORTH-ALVEAR, Ann. **Dulcinea in the factory: myths, morals, men, and women in Colombia's industrial experiment, 1905-1960**. Durham, N.C.: Duke University Press, 2000.

<sup>526</sup> ARCHILA, Ni amos, ni siervos: memoria obrera de Bogotá y Medellín, 1910-1945, op. cit., p. 118-119; ARCHILA, Cultura e identidad obrera Colombia 1910-1945, op. cit., p. 130-132.

<sup>527</sup> VEGA CANTOR, Gente muy rebelde: Mujeres, artesanos y protestas cívicas, op. cit.

<sup>528</sup> FARNSWORTH-ALVEAR, **Dulcinea in the factory: myths, morals, men, and women in Colombia's industrial experiment, 1905-1960**, op. cit., p. 80.

informação sobre os operários. Para o historiador Fernando Botero, o fenômeno se explica porque as mulheres eram a maior parte da classe operária fabril de Medellín.<sup>529</sup> Mas segundo Jorge Rodríguez, protagonista fundador do anuário:

Os dados anteriores, referentes às operárias da cidade, podem ser aceitos como bastante completos, pois reunidas elas em poucas fábricas e escritórios, seu censo é relativamente simples. Não acontece o mesmo com os operários, que se encontram disseminados na cidade, o que faz com que sua contagem seja laboriosa e resulte necessariamente incompleta, dados os meios de investigação rudimentares de que dispomos.<sup>530</sup>

Entretanto, não se pode negar que houve uma inclinação moralizante em preocupar-se quase que exclusivamente com o trabalho feminino. Tal obsessão explica a suspeita do inspetor de fábricas a respeito dos administradores e a forma como estes enfrentavam as palavras obscenas ou ofensivas que os operários podiam proferir contra seus companheiros. E explica também o interesse da inspeção de fábricas pelo comportamento de operários e quadros médios, a ponto de tornar habitual a contratação de matronas ou ordenar a destituição de administradores e empregados que atentassem contra a moral ou maltratassem as operárias.<sup>531</sup>

Cabe salientar que a questão da moralidade nas fábricas se associa a outras formas de sociabilidade, propícias ao reforço de novas práticas de cidadania, mais não isentas de atropelos, abusos e intimidação sexual.<sup>532</sup> Situações de violência sexual não parecem ter sido raras, considerando-se as observações do inspetor de fábricas: “não voltou a suceder nenhum caso desgraçado [...] que acuse falta de

---

<sup>529</sup> **La industrialización en Antioquia: génesis y consolidación, 1900-1930**, Medellín: Hombre Nuevo, 2003, p. 125.

<sup>530</sup> OFICINA DE ESTADÍSTICA MUNICIPAL DE MEDELLÍN. **Anuario Estadístico del distrito de Medellín**. Medellín: Litografía e imprenta J.L.Arango, 1916, p. 52.

<sup>531</sup> GONZÁLEZ GÓMEZ, José. **Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia**. Medellín: Imprenta Oficial, 1923, p. 76.

<sup>532</sup> GARCÍA LONDOÑO, Carlos Edward. **Niños trabajadores y vida cotidiana en Medellín, 1900-1930**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999, p. 39.

garantias à virtude da operária”.<sup>533</sup> Reiterou, em 1925: “Bom fazer constar que, durante o presente ano, não houve que se lamentar a perda da honra de nenhuma das operárias”.<sup>534</sup> No ano seguinte, afirmou: “Me é grato dizer-lhe que [...] nenhuma das operárias foi desonrada nos edifícios das empresas, nem por empregados nem operários.”<sup>535</sup>

Por outro lado, apesar de ser uma espécie de polícia moral, a inspeção de fábricas interveio também em aspectos como fiscalização das multas impostas às trabalhadoras ou de diminuição e reintegração nos casos em que excediam 10% do salário. De acordo com o inspetor, houve resultados positivos, pois na maioria das fábricas, foi suspensa esta prática, “apelando a outras penas mais razoáveis, que têm dado melhores resultados.”<sup>536</sup>

Em relação ao trabalho infantil, o escritório atuava retirando das fábricas os menores de 10 anos e diminuindo a jornada dos menores de 15. Os números da tabela representam as vezes que, segundo os informes oficiais, o inspetor interveio para reduzir a jornada de uma criança ou menor de 15 anos.

	1921	1922	1924	1925	1926
<b>Menores de 10 anos</b>	200	200	209	140	40
<b>Menores de 15 anos</b>	350	290	320	420	140
<b>Jornadas</b>	80	130	130	304	132
<b>Salários</b>				230	285
<b>Destituições de matronas e administradores</b>	12	13	3	6	8
<b>Acidentes de trabalho registrados pelo escritório de inspeção de fábricas</b>	580	490	333	238	259
<b>Número de edifícios aos que se solicitaram reformas por luz e ventilação</b>	22	10			
<b>Número de edifícios aos que se solicitou a limpeza de pavimento, paredes, tetos e esgotos.</b>	86	120	314		
<b>Ordens de disponibilizar água potável</b>	15	239	400		

<sup>533</sup> MARULANDA, Jesus M. **Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento**. Medellín: Imprenta Oficial, 1920, p. 23.

<sup>534</sup> GONZÁLEZ GÓMEZ, José. **Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia**. Medellín: Imprenta Oficial, 1925, p. 284.

<sup>535</sup> \_\_\_\_\_. **Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia**, Medellín: Imprenta Oficial, 1926, p. 254.

<sup>536</sup> Ibid., p. 285.

**Ordens de construção de banheiros por sexo ou de acordo com o número de empregados**

71      202      500

**Tabela 5. Aspectos em que interveio o inspetor de fábricas.** Fonte: Elaboração própria a partir dos informes do secretário de governo e o inspetor de fábricas.

A tendência decrescente no número de crianças operárias identificadas pelo inspetor é análoga à situação de diminuição real nas indústrias da cidade, mas este fenômeno social não pode ser atribuído exclusivamente ao trabalho do inspetor – a legislação, os avanços técnicos e administrativos e a masculinização da força laboral, desde os anos 1930, são argumentos que intervêm nesse descenso.<sup>537</sup>

Além disso, o inspetor agiu com bastante regularidade na redução das jornadas de trabalho das mulheres. A ordenança determinava que não superassem 8 horas, mas houve casos registrados de 14 horas. Ao despontar o segundo quarto de século, se percebe nos informes do inspetor de fábricas um compromisso maior com a redução da jornada laboral, e a referência explícita à incompatibilidade de certos trabalhos com o estado de gravidez. Da mesma maneira que, com o descenso do trabalho infantil, o descenso do número de horas de trabalho das mulheres não foi o resultado exclusivo da atividade do inspetor, mas se sabe que ele interveio em 776 casos, para tentar reduzir a jornada (tabela 3). Apesar dos esforços, os resultados não foram muitos, e bem mais parece que os inspetores foram complacentes com jornadas de 9 e até 10 horas. De acordo com as cifras do anuário estatístico de Medellín, em 1922, o número de operárias com jornadas de 10 horas ainda era tremendamente alto; um declínio visível só aconteceu em torno de 1926, quando as cifras insinuam que um número significativo de trabalhadoras passou de 10 horas para 9.

	HORAS										
ANO	6	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10	11	12	
	1916	6	6		897	41	644	11	426		25
	1917	2			259	79	1187	87	517	8	4
	1918	2			358	25	517	587	670	0	5

<sup>537</sup> GARCÍA LONDOÑO, **Niños trabajadores y vida cotidiana en Medellín, 1900-1930**, op. cit., p. 23.

<b>1920</b>	26	2	888	43	926	80	595		
<b>1922</b>	165	111	601	49	278	47	986		
<b>1923</b>	187	5	761	114	521	251	743		
<b>1924</b>			1366	36	507	91	871		
<b>1925</b>			1178	109	782		739		
<b>1926</b>			1000	190	1638	12	359		
	6	388	118	<b>7308</b>	686	<b>7000</b>	1166	<b>5906</b>	8 34
<b>TOTAL</b>									

**Tabela 6. Horas de trabalho e número de operárias.** Fonte: Elaboração própria, a partir dos anuários estatísticos da cidade de Medellín, de 1916 a 1927.

No tema dos acidentes de trabalho, o inspetor participou do registro e da assessoria jurídica, de modo a reconhecer os direitos de acesso aos serviços médicos, medicamentos e duas terças partes do salário, tal como previsto na lei n. 57 de 1915. De acordo com o funcionário encarregado, em alguns poucos casos, o escritório se viu na obrigação de admoestar os “fabricantes”; e nesses poucos casos, as reclamações se resolveram mediante acordos, não sendo preciso levá-los a outra autoridade ou litígio. O trabalho nesse campo parece ter sido igualmente positivo, ao fazer cada vez mais visíveis as responsabilidades dos “fabricantes”. Parece, inclusive, que escritório conseguiu reconhecimento por parte da classe operária, o que levou o inspetor a solicitar licença para impor multas ou atuar com maior severidade aos “fabricantes” que, além de recusarem os direitos, despediam os trabalhadores que fizessem reclamações. A situação dos trabalhadores das ferrovias e das empresas agrícolas era muito diferente, já que não contavam com apoio institucional, ficando sem o pagamento das indenizações reiteradamente.<sup>538</sup>

A respeito da higiene, a intervenção se deu em três níveis: apresentação dos certificados de sanidade ou patentes de sanidade; desinfecção dos locais de trabalho, em casos de doença infectocontagiosa; reformas dos edifícios para disponibilizar água potável, construir banheiros ou melhorar a condições de ventilação.

<sup>538</sup> GONZÁLEZ GÓMEZ, *Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jimenez Jaramillo Gobernador de Antioquia*, op. cit., p. 286.

Trata-se, em geral, de medidas que ilustram a situação rudimentar das indústrias no período. Após o decreto 42 de 1921, que regulamentava a ordenança 25 de 1918, passou-se a inspecionar também as pequenas fábricas, a fim de suprimir os focos de imoralidade, as práticas perniciosas, impondo medidas indispensáveis de higiene. Falharam quase todos os inspecionados em relação ao certificado de sanidade ou patente de sanidade. Uma formalidade, desconhecida e incômoda para os empresários, mas com a qual se procurava preservar os trabalhadores das doenças infectocontagiosas, como a tuberculose, a sífilis ou a lepra.

Ocasionalmente, o inspetor colaborou em reclamações por falta de pagamento de salários, buscando a informação necessária, para conciliar as partes; eventualmente, propunha fixar os salários máximos e mínimos, para evitar uma flutuação negativa, baseada nas necessidades dos trabalhadores.

É claro que um procedimento rotineiro de inspeção como o descrito até agora não levava a grandes transformações na indústria local. De fato, as limitações de pessoal e recursos foram um grande obstáculo – mesmo as infrações registradas são relativamente poucas e limitadas às admoestações verbais. Contudo, ao observar-se o funcionamento da inspeção de fábricas, se percebe que sua essência estava menos na capacidade coercitiva ou policial que na inspeção mesma, como ato de moralização, vulgarização e profilaxia. Como têm sugerido vários autores, ao considerar os casos dos inspetores sanitários e de inspeção de fábricas<sup>539</sup>, sua função principal era tornar mais ou

---

<sup>539</sup> Ao respeito das funções e contradições do trabalho dos inspetores sanitários ou de fábricas, ver: JONES, Helen. An inspector calls: health and safety at work in inter-war britain. In: **The social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 224–227; MACHTAN, Lothar. Workers' insurance versus protection of the workers: state social policy in Imperial Germany. In: **The Social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 210–212; MÜLLER, Rainer. A patient in need of care: german occupational health statistics, In: **The Social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 130–131; ROSEN, **The history of Miners Diseases. A medical and social interpretation**, op. cit., p. 438–439; WEINDLING, Paul. Linking self-help and medical science: the social history of occupational health, In: **The Social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 15–16.

menos explícita a responsabilidade estatal pela proteção dos trabalhadores, mas podia ser também um mecanismo para tornar explícito o controle moral do Estado. Além do mais, seus testemunhos e pesquisas puderam ser a ponte entre a realidade industrial e o Estado, um instrumento para um controle mais eficaz da população operária. Ante a impossibilidade de intervenção direta nas condições sociais dos trabalhadores, ou frente à frugalidade da legislação trabalhista colombiana e o paternalismo imperante, o papel do inspetor era mais de conciliação, educação ou procura de mudanças nas atitudes, que de imposição de demandas.

O certo é que há uma distância entre a consciência do perigo e as ações efetivas. As provisões podem não passar do papel e cumprir uma função meramente burocrática, o controle e a função educativa podem ficar nas boas intenções. Mas a função do inspetor, num contexto ideal, é assinalar o risco industrial, os limites que, uma vez ultrapassados, ocasionam a doença e o acidente de trabalho. Existe grande diferença entre a omissão por aparente desconhecimento (ou a busca de vantagens na incerteza do risco) e a omissão ou negligência sistemática, quando o empregador sabe do risco e nada faz para proteger a saúde do trabalhador.

A inspeção de fábricas de Medellín funcionou da mesma forma até 1928, quando passou a ser a Oficina Departamental do Trabalho, transferindo-se da seção de polícia, sujeita à secretaria de Governo e à Seção de Previsão e Defesa Sociais. Isso se justificava porque a legislação, em matéria laboral, tinha crescido “copiosamente”, e era necessário aumentar a capacidade de atuação do escritório.<sup>540</sup> Para o secretário de governo Francisco de Paula Pérez, as inspeções de fábricas eram a base de uma completa legislação operária.<sup>541</sup> Por isso, desde 1922, frisava a urgência de se criar uma Seção Nacional de Trabalho como centro de informação social, que coordenasse as iniciativas de

---

<sup>540</sup> PÉREZ, Francisco de Paula. **Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrio con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1927**. Medellín: Imprenta Oficial, 1927, p. 23–24.

<sup>541</sup> AVELLA GÓMEZ, **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**, op. cit., p. 76.



reforma das diferentes regiões.<sup>542</sup> A ideia de criar um organismo nacional tinha sido defendida por Pérez desde o Primeiro Congresso Jurídico Nacional (1919). Nessa ocasião, a ideia foi bem acolhida pelos conservadores assistentes, e se recomendou elevá-la à lei nacional<sup>543</sup>.

Contudo, o espírito da inspeção de fábricas de Medellín não ficou imune a mudanças no escritório nacional, e mais concretamente, na inspeção nacional do trabalho. Em primeiro lugar, a OGT era menos doutrinária e mais técnica que sua homóloga regional. Em segundo lugar, não houve uma transposição das funções – no caso da inspeção de fábricas, o inspetor estava à cabeça da instituição, diferentemente do que ocorria na organização nacional, na qual o inspetor era a última peça da estrutura. As atividades de fiscalização da indústria eram, portanto, prioritárias na inspeção, ao passo que as de planejamento da política pública nacional eram essenciais no segundo.

Ao resenhar os antecedentes da inspeção do trabalho na Colômbia, o advogado Carlos Ernesto Molina<sup>544</sup> destaca a lei n. 83, de criação da OGT. Na perspectiva deste autor, se confundiram o Escritório Geral do Trabalho e a Inspeção do Trabalho. Este equívoco não permitiu reconhecer na OGT o princípio do Ministério do Trabalho, nem distinguir as particularidades históricas da inspeção do trabalho, mais próxima da agência regional. Molina afirma igualmente que a lei de criação da OGT baseava-se no ato legislativo n. 1, de 1918, que reformou a Constituição nacional. A afirmação é mais um argumento jurídico que histórico, visto que não é comum a menção deste ato legislativo nos debates sobre inspeção de fábricas ou higiene social. Claramente, as múltiplas reformas do artigo 44 fizeram parte do horizonte dos legisladores e, ao não existirem antecedentes, serviram mais como respaldo que como base ou inspiração. Ou seja, quando um projeto de lei era considerado como uma violação da liberdade da indústria, podia-se citar o ato legislativo n. 1; dessa forma, a intromissão do Estado era amparada constitucionalmente.

---

<sup>542</sup> PÉREZ, Francisco de Paula. **Informe del Secretario de Gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro**. Medellín: Imprenta Oficial, 1922, p. 18.

<sup>543</sup> VILLEGAS GÓMEZ, **La formación social del proletariado antioqueño, 1880-1930**, op. cit., p. 244–245.

<sup>544</sup> La inspección del trabajo en Colombia, op. cit., p. 66.

#### 4.4. A Inspeção Nacional do Trabalho

O decreto 637 de 1924, que regulamentou a lei n. 83 de 1923<sup>545</sup>, determinava que governadores e prefeitos eram “eficazes colaboradores” da OGT. Nesse sentido, deveriam dispor permanentemente de informações relativas aos trabalhadores, além de serem obrigados a fazer um censo geral dos operários sem trabalho nem ocupação lucrativa em suas respectivas jurisdições. Na mesma época, antes da criação da OGT, o Ministério de Indústrias solicitava que os governadores visitassem as empresas e fábricas da região, de modo que fosse possível observar o cumprimento das leis sociais que favorecessem as “classes proletárias”. Concretamente, pedia-se a essas autoridades regionais que registrassem numericamente a aplicação de tais previsões legislativas sobre a construção de moradias operárias, a fundação de escolas para estudos técnicos de artes manuais e as questões relativas ao trabalho infantil e das mulheres.<sup>546</sup>

Em cidades como Medellín, onde havia a inspeção de fábricas desde 1918, assim como registros estatísticos desde 1916, era até certo ponto viável informar as autoridades nacionais sobre as questões assinaladas. Entretanto, isso não acontecia no restante do país, como sugere o decreto determinando que o governador criasse escritórios de inspeção de fábricas e empresas que informassem sobre a situação dos operários colombianos. Com a criação de 12 inspeções do trabalho em 1928, o Estado assumiu de forma concisa seu papel de polícia administrativa descentralizada, para evitar a elisão dos compromissos sociais impostos pela legislação social. Em teoria, toda a estrutura visava favorecer a intervenção do Estado nos conflitos entre capital e trabalho.

Com efeito, para os membros da OGT, estava absolutamente claro que uma das principais razões de seu funcionamento era o esforço sistemático dos patrões para escapar à legislação social. Assim, não bastava uma legislação trabalhista sem os mecanismos institucionais para neutralizar a resistência patronal e favorecer o reconhecimento dos direitos. A coerência da política pública se baseava na capacidade

---

<sup>545</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto número 637 de 1924 (14 de abril), In: **Memoria presentada al Congreso de la República por el Ministro de Industrias**. Bogotá: Imprenta Oficial, 1924, p. 265.

<sup>546</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria presentada al Congreso de 1924**, p. 72.

institucional de sancionar as inconsistências, no que dizia respeito ao legislativo, mas também no que tangia às condições higiênicas e sanitárias da produção.

Sabia que isso era unicamente possível quando a capilaridade do Estado fosse percebida nos principais centros produtivos do país – mais que uma política de vigilância sistemática, no sentido negativo, e menos que uma ação dos governos conservadores para impor determinada ordem social. A criação das inspeções do trabalho fazia parte de um grupo de recomendações da XII Conferência Internacional do Trabalho (Genebra, 1928), que, inspirada na experiência de outras nações, sugeria que se criassem organismos deste estilo em todos os lugares, com poderes suficientes para prescrever medidas de segurança industrial.

Além das leis trabalhistas, em diversos registros se insistia que resguardar os êxitos do progresso social dependia dos mecanismos estatais de coerção/sanção e persuasão. Portanto, a sugestão era aumentar o número de inspetores, investir na capacidade policial destes e, paralelamente, ampliar a educação popular e o civismo, de forma que o esforço de sonegação dos direitos fosse superado definitivamente pelo cumprimento dos direitos sem necessidade de sanções.

De modo geral, ao inspetor do trabalho foi atribuída a função de colaborar nos processos de conciliação em conflitos coletivos de trabalho e conflitos pela terra; servir de apoio nos processos de arbitragem e resolução de conflitos particulares entre patrões e operários; propender pela formação de sindicatos e associações operárias; recolher informações relativas ao mundo do trabalho e transmiti-las aos serviços de estatística laboral; observar a ocorrência de acidentes, as condições higiênicas, relações laborais, os seguros coletivos e aposentadorias nas visitas às indústrias das respectivas jurisdições.

Em certos casos, o inspetor deveria também proteger o trabalho infantil e das mulheres, primeiro, colocando “os varões menores de catorze e as mulheres menores de doze, sem pátria potestade nem baixa tutela ou curadoria, num estabelecimento de educação e instrução pública; segundo, devia procurar-lhes emprego e vigiá-los cuidadosamente; terceiro, aos menores delinquentes, ajudar na aquisição de emprego, assim que cumprida a sanção”.<sup>547</sup> O inspetor tinha também

---

<sup>547</sup> MONCRIFF MARIÑO, Eduardo, Legislación sobre mendicidad, vagancia, rateria y trabajo de menores, **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VI, p. 428–442, 1934, p. 436.

o direito de visitar os estabelecimentos industriais em qualquer horário de trabalho, sem necessidade de autorização prévia. Ao identificar descumprimento da lei quanto a higiene, salubridade e segurança industrial, podia impor sanções. Se o patrão rejeitasse a visita, a multa imposta era de \$100, segundo a lei n. 73 de 1927.

As visitas à indústria se realizavam de acordo com um itinerário preestabelecido, que desse conta de um horizonte amplo de empresas. Em 1929, por exemplo, os inspetores do trabalho visitaram 711 empresas, das quais 422 eram industriais, comerciais e de transportes, e 269 eram agrícolas. Entre as primeiras, detectaram 165 proprietários individuais, 190 sociedades anônimas, 10 sociedades comanditárias e 6 sociedades de fato. De acordo com os dados recolhidos pelos inspetores, a média salarial era de \$1,25 na cidade e de \$1,21 no campo. Estas indústrias empregavam 56.349 trabalhadores no total, dos quais 34.953 pertenciam às indústrias em geral e 21.396 às fazendas<sup>548</sup>. Muitos anos depois, o DNT informava que, entre junho de 1954 e maio de 1955, os inspetores do trabalho haviam se debruçado sobre 218.497 assuntos, resolvido 4.297 consultas, estudado 3.967 regulamentos de trabalho, 32 petições, 59 convenções coletivas do trabalho e sete sentenças arbitrais. Em síntese, disse o ministro do trabalho Castor Jaramillo Arrubla, “todos esses dados revelam o trabalho eficaz do ministério para lograr o cumprimento das leis laborais, conservar a harmonia operário-patronal e manter a paz social do país”.<sup>549</sup>

Por outro lado, era possível que, além das visitas programadas, as denúncias ou queixas dos operários suscitassem vistorias, como foi o caso da realizada a The Bogotá Telephone Co. Limited. Em 1928, após envio de vários memoriais, se ordenou ao inspetor Daniel Bernal que visitasse a empresa para comprovar a realidade das queixas dos empregados, acerca de salários baixos e trato descortês.<sup>550</sup> Uma greve programada pelos telefonistas foi resolvida pela intervenção da OGT, autorizada pela lei n. 73 de 1927 a levar adiante pactos desse tipo.

---

<sup>548</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929**. p. 170.

<sup>549</sup> JARAMILLO ARRUBLA, Castor. Discurso del Ministro de Trabajo, pronunciado el 5 de junio de 1955 por la radiodifusora nacional. **Boletín Trabajo**. v. I, p. 167–179, 1955, p. 177.

<sup>550</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria presentada al Congreso de 1928**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1928, p. 147.

Também em 1928, a direção resolveu dividir o país em 15 zonas, mas percebendo que as inspeções de Santander e Cundinamarca eram insuficientes para atender aos problemas de Barrancabermeja e Bogotá, criou as respectivas jurisdições especiais. Talvez não tenham conseguido nomear os inspetores, pois um ano depois, a divisão por zonas diminuiu para 12, pelo decreto 766 de 1929. E qual “pele de onagro”, o decreto 2164 de 1929 reduziu o número de inspetores a cinco: Salvador Torres, Eduardo Ronderos Tejada, Manuel Colmenares, Ernesto Saravia Matéus e José A. Barros.

Miguel Velandia, chefe do DTN, assinalou no informe de 1931 que o escritório tinha apenas três inspetores e, portanto, a periodicidade e a intensidade das visitas não eram as desejadas. Nesse ano, os inspetores eram Eduardo Ronderos Tejada, E.S. Potes, Samuel Bernal Solano. A participação do escritório tinha sido reduzida então à intervenção em conflitos da região do Valle del Cauca, nas fazendas La Elvira, Santa Ana, El Vergel; em Cundinamarca, na região de Quipile, Bituima e Anolaima; e em Villavicencio e Tolima, nas regiões de Cunday e Ataco – todas importantes regiões cafeeiras.<sup>551</sup>

Cabe assinalar que os conflitos pela terra nas regiões de produção de café se agudizaram notavelmente nos anos 1930. Para James Henderson, a população rural das regiões cafeeiras da Colômbia se apropriou rapidamente de uma mentalidade capitalista. Nas primeiras décadas do século XX, o aceso à terra por parte de colonos, arrendatários, parceiros e trabalhadores rurais em geral era relativamente fácil, a ideia de mobilidade social estava muito presente entre os habitantes dessas regiões de fronteira. Ao passo que a economia agroexportadora crescia, a situação jurídica de camponeses e trabalhadores agrícolas piorava, pois as garantias para eles eram bem mais teóricas que efetivas. Essa condição histórica dos camponeses condicionou seu movimento, que pressionou os governos liberais dos anos 1930 a avançar na reforma agrária. Porém, na medida em que se comprovava uma reforma inacabada, com limites no processo de democratização da terra que diminuía a qualidade de vida dos camponeses, abria-se espaço à hobbesiana competência pela propriedade da terra, vestígio do ciclo de violência que a Colômbia viveu entre 1940 e 1950, e que se projeta no presente. Além dessa luta

---

<sup>551</sup> CHAUX, Francisco José. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1931**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1931, p. 245.

pela terra, Daniel Pécaut acrescenta como causas do fenômeno da violência na Colômbia o antagonismo partidarista, o avanço da colonização e a incapacidade do Estado em exercer sua autoridade sobre novos territórios.<sup>552</sup>

Em 1933, o número de inspetores do trabalho continuava a ser o mesmo. Velandia informava que eram eles Isidro Rodríguez, Eduardo Ronderos Tejada e Aurelio Cajia W. Rodríguez, destinados a observar atentamente a montagem da Colombiam Petroleum Company e a South American Gulf Oil Company, para exploração das jazidas da região do Catatumbo.<sup>553</sup>

Em 1934, a segunda seção contava com oito inspetores e um inspetor-chefe – Arturo Ángel Echeverri (chefe), José Manuel Baena Lavalle, Isidro Rodríguez, Julio Cerón Mosquera, Ramón Lozano Gárces, Alfredo Soto Olarte, Francisco Posada Zárate, Antístenes López, Ernesto Corrales, Eduardo Garrido Campo. No ano seguinte, o número desses inspetores passou para 12, repetindo-se praticamente a mesma nômima, além de Nestor Léal, Rafael Gaviria Salazar, Jorge Fidel Fory, Luis Rocha, Antonio J. Sánchez e Guillermo Edmundo Chaves.

Com a lei n. 12 de 1936, criou-se um escritório seccional em cada um dos 14 departamentos. A distribuição global era a seguinte: Antioquia, Atlantico (subinspetor), Bolívar, Boyacá, Cundinamarca (subinspetor Bogotá), Cauca, Caldas, Huila, Magdalena, Nariño, Santander (n), Santander (subinspetor Bucaramanga), Tolima, Valle, Chocó. O balanço era, então, de 19 entidades territoriais do trabalho, distribuídas para “intervir nos conflitos entre capital e trabalho, de forma a harmonizar esses dois interesses, para que concorram ao fomento e

---

<sup>552</sup> HENDERSON, **Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965**, op. cit., p. 214–215. (CHAUX, Francisco José. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1934**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1934, p. 4.). Sobre este tema veja-se PÉCAUT, **Orden y violencia: evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953**, op. cit.; BERGQUIST, **Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero**, op. cit.; HENDERSON, **Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965**, op. cit..)

<sup>553</sup> CHAUX, **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932**, op. cit., p. 348.

desenvolvimento nacional.”<sup>554</sup> Posteriormente, o decreto 1992 de 1953 criou as Inspeções Regionais de Assuntos Campestres, para atender às necessidades deste importante setor da economia nacional.<sup>555</sup>

Em conclusão, nos primeiros anos de funcionamento da Inspeção Nacional do Trabalho, a presença do Estado se sentia apenas em casos especiais ou circunstâncias com conflitos sociais de importância, ao passo que o caráter preventivo ficava relegado à mínima expressão.

Dentro do escritório do trabalho, se perfilavam dois tipos de experiência burocrática. Por um lado, a direção técnica, situada na capital da República, em permanente contato com as carteiras ministeriais e relativamente mais sensível à dinâmica governamental e orientações políticas do Estado (por exemplo, direção, advogado, secretário, vocais, diretor da divisão de estatística e médico higienista). Por outro lado, os inspetores do trabalho, em seu papel de mediadores locais entre Estado, operários e patrões. Ambos respondiam a dinâmicas diferentes da elite político-intelectual mais orgânica e atada a necessidades, possibilidades e contradições dos partidos.<sup>556</sup>

Tecnicamente, as atuações do inspetor no âmbito local deviam ser reveladoras da capacidade de ação do Estado e dos modos de intervenção para enfrentar os conflitos. Representavam a força da jurisprudência administrativa, numa época em que não existiam os tribunais de justiça do trabalho para fiscalizar e corrigir a flexibilização normativa. Porém, os procedimentos podiam ocasionalmente mudar ou ser influenciados pelo nó de interesses políticos e econômicos das regiões. Assim, há que destacar que a legitimidade política e a capacidade atuação do governo em muitas regiões eram resultado tanto das dificuldades materiais como de uma arraigada cultura política baseada em tradicionais redes de micropoder criadas pelos proprietários da terra e caciques políticos. Além dos enclaves estrangeiros nas regiões de importância agroexportadora, com suas formas de poder e controle territorial particular. Ao respeito, lembrava José Vicente Combariza, diretor da OGT, que os inspetores do trabalho eram em ocasiões os

---

<sup>554</sup> LANAO TOVAR, Orígen, desarrollo y funciones del Departamento del Trabajo. Conferencia radiofunda el 12 de noviembre de 1935, p. 5.

<sup>555</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. Acción Ministerial. Nuevo gobierno. Nuevas normas. Mas política social. **Boletín Trabajo**. v. I, p. 7–10, 1953, p. 10.

<sup>556</sup> VILLEGAS, Álvaro. La elite intelectual colombiana y la nación imaginada: raza, territorio y diversidad (1904-1940). **Anuario de historia regional y de las fronteras**. v. 11, n. 1, p. 45–71, 2006, p. 47.

funcionários menos idôneos para intervir nos problemas de trabalho, porque não davam “ordinariamente, suficientes garantias de imparcialidade [e] não logra[vam] dissimular uma marcada e explicável tendência a favorecer os interesses e aspirações patronais”.<sup>557</sup>

De qualquer forma, os inspetores ou visitantes de indústrias possuíam certa autonomia para intervir em processos de conciliação ou na fiscalização de uma indústria. Destaca-se, assim, a atuação do inspetor do trabalho Alberto Martínez Gómez no conflito dos operários colombianos com a United Fruit Company – em contraste com a ideia comum de funcionários cinza, apáticos ou burocratas indiferentes, se percebe um compromisso ativo com a solução dos conflitos. O episódio em questão ficou conhecido como o “Massacre das Bananeiras”, um dos casos mais tristes e polêmicos da história da Colômbia.<sup>558</sup>

Em 27 de outubro de 1928, Alberto Martínez Gómez, inspetor do trabalho de Magdalena, informou à direção nacional que os trabalhadores da United Fruit Company (UFCO) tinham realizado justas petições por melhoramento das condições de trabalho e solicitado que se cumprissem as leis sobre seguro coletivo e de acidentes de trabalho.<sup>559</sup> Como Thomas Bradshaw, gerente da companhia, estivesse fora da cidade, houve que se esperar vários dias para resolver a situação. Enquanto isso, o descontentamento dos operários crescia. Martínez entrou em contato com José María Núñez Roca, governador do departamento de Magdalena, que também não conseguiu comunicar-se com a gerência da empresa. Todos os esforços de Martínez por um acordo foram inúteis, e as visitas que planejava à direção da empresa, juntamente com os delegados dos operários, nunca se concretizaram. Em 30 de outubro, a UFCO negou o reconhecimento à pessoa jurídica do Sindicato de Trabalhadores de Magdalena e rechaçou as petições de seus porta-vozes, Erasmo Coronel, Pedro M. del Rio e Nicanor Serrano.

O sindicato respondeu que, se em três dias a empresa não se dispusesse a discutir as petições com os operários, uma greve geral seria

---

<sup>557</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1930.** Bogotá: Imprenta Nacional, 1930, p. 385.

<sup>558</sup> VEGA CANTOR, **Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras**, op. cit., p. 307–338.

<sup>559</sup> Os detalhes desse caso foram consultados em: REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929.** p. 172–208.



deflagrada. O inspetor Martínez tentou uma resolução pacífica para o conflito, pedindo que Erasmo Coronel adiasse a greve, enquanto ele receberia instruções do Ministério de Indústrias e tentaria novamente um encontro das partes em reunião com a gerência da empresa. Mas a intransigência da empresa só aumentava, a ponto de o gerente afirmar que “por nenhuma razão entraria em acordo com pessoas que não eram trabalhadores da empresa, e que quanto à ameaça de greve, não abrigava temor algum.”

Ante a determinação “inquebrantável da United”, Martínez se dirigiu novamente ao governador Núñez Roca, que por sua vez, enviou uma nota ao gerente, solicitando uma posição amigável e conciliadora. Como era de se esperar, a empresa reafirmou que não negociaria. Em 11 de novembro, a Assembleia Geral dos trabalhadores decidiu-se pela greve. No dia seguinte, o governador desautorizou Martínez, por considerar que tinha confraternizado com os chefes, a partir do momento em que julgou serem justas as demandas dos operários.<sup>560</sup> No dia 14, o general Carlos Cortés Vargas, comandante militar da Província de Santa Marta e da zona bananeira, prendeu 400 grevistas. No dia seguinte, prendeu o inspetor Martínez, agora acusado de ser comunista e instigador de greve.

Manuel Rengifo, Ministro da Guerra, apoiava a atuação de Cortés e indicava às autoridades locais que deveriam se submeter às imposições do general. Apesar da pressão militar, mas contando com a solidariedade da população, a greve se prolongou até fins de novembro. Nos primeiros dias de setembro, a “imaginação febril”<sup>561</sup> do general Cortés, instigada por telegramas difamatórios do gerente da empresa, que relatava ataques às plantações e seus proprietários, criou um ambiente propício para uma agressiva intervenção militar

Em 5 de dezembro, telegramas enviados à capital do país informavam sobre uma revolução, cujo núcleo era a cidade de Ciénaga, em Santa Marta. Justo A. Guerrero pedia o envio de tropas para enfrentar mas de “4000 grevistas, armados até os dentes”. Dizia-se que os “amotinados” tinham praticamente controlado a infraestrutura de transportes e que contavam com autoridades comunistas, nomeadas por eles em diferentes corregimentos. Tal estado “de anarquia e sórdido

---

<sup>560</sup> VEGA CANTOR, **Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras**, op. cit., p. 309.

<sup>561</sup> Ibid., p. 316.

comunismo” foi confirmado pelo gerente e transmitido ao presidente da República.

Pacificamente, cerca de 4000 operários se reuniram na praça central de Ciénaga, entre a noite do 5 e a madrugada do 6 de dezembro. A espera de uma reunião com o governador e o gerente da empresa, os operários permaneceram na praça sem que a reunião se concretizasse. Enquanto isso, o general Cortés era nomeado pelo governo central como Chefe Civil e Militar da Província de Santa Marta, e declarou estado de sítio minutos após o recebimento do telegrama de Bogotá, às 21h45min.<sup>562</sup>

As versões sobre que aconteceu são uma incógnita para os historiadores. Para Renán Vega, a tropa disparou contra os operários, que, imóveis acreditavam que os soldados nunca disparariam contra eles, mas para o ar. Mauricio Archila acrescenta vários dados ao relato, para mostrar a confusão histórica em frente de este fato: os soldados estariam bêbados, os trabalhadores também, e alguns teriam gritado frases patrióticas em oposição à multinacional e o governo; não teriam acatado a ordem de deixar a praça, porque nunca houve tal ordem; que a primeira bala não a disparou o exército, mas que foi um massacre preparado pelas circunstâncias<sup>563</sup>.

As cifras sobre mortos e feridos são igualmente inconsistentes; o general afirmou terem sido nove mortos e seis feridos; o sindicalista Raúl Eduardo Mahecha assegurou que foram 207 mortos e 32 feridos; um diplomata dos Estados Unidos, próximo à UFCO, descreveu 1000 mortes; um representante do governo francês afirmou que foram 100 mortes; Gabriel García Márquez falou de 3000 mortes, evidentemente com alguma liberdade poética. Mas, como questionou o historiador Renán Vega: acaso a cifra diminui a crueldade?

Voltando ao caso do inspetor Martínez, se sabe que entre 14 e 20 de novembro permaneceu detido, em situação de incomunicabilidade. Frente a isto, o chefe da OGT solicitou informações ao Ministro de Guerra, e foi informado pelo secretário que havia provas de que Martínez “era comunista diligente e um dos principais responsáveis

---

<sup>562</sup> Ibid., p. 322–323.

<sup>563</sup> ARCHILA, Mauricio. **Masacre de las bananeras: diciembre 6 de 1928**  
 | [banrepcultural.org](http://www.banrepcultural.org) Disponível em:  
 <<http://www.banrepcultural.org/node/32971>> Acesso em: 11 nov. 2014.

ativos pela explosão da greve entre os trabalhadores da região bananeira do Magdalena”.<sup>564</sup>

Em vistas as acusações, o diretor do DNT exigiu que as provas da conduta irregular fossem levadas ao conhecimento do Ministro de Indústrias, “mas os ditos comprovantes nunca foram recebidos pelo ministério”. De fato, não havia provas, e por isso, o fiscal informou, ao liberar o funcionário do ministério:

Analizando [...] a situação jurídica do empregado nacional, senhor Martínez, na responsabilidade que talvez equivocadamente se lhe tem querido imputar, se observa que sua intervenção na greve não tem sido outra [que] ajustar-se a legislação vigente em matéria de “obrerismo”, e daí que se afanara em cumprir sua missão, crendo dar passos acertados que facilmente podiam evitar o conflito que tanto nos preocupa hoje [Em conclusão, não se há conseguido] justificar que tal empregado tenha tergiversado seu posto público para converter-se em diligente comunista com grave dano para os interesses do país.<sup>565</sup>

A história de Martínez não acaba nesse ponto e mostra um interessante choque entre poderes. O general Cortés acusou-o de “diligente comunista”, ao passo que o ministro, informado pelo juiz e as numerosas provas, afirmou que “basta observar que não é concebível que o Ministério de Indústrias tivesse confiado a um comunista um cargo de tanta importância, como é o de inspetor do trabalho deste departamento, que tem uma quantidade de operários muitas vezes superior à de outras seções da República, e onde, por razão do estabelecimento de capital estrangeiro, podem surgir frequentes e perigosas dificuldades”<sup>566</sup> Em outras palavras, o general Cortés colocava em dúvida a honorabilidade e a conduta de Martínez mas também do próprio Ministro, ignorando o código judicial, que exigia primeiro a suspensão do cargo público. Não havendo provas do delito,

---

<sup>564</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929**. p. 174.

<sup>565</sup> *Ibid.*, p. 175.

<sup>566</sup> *Ibid.*

Martínez deveria ter sido liberado incondicionalmente e voltar imediatamente ao trabalho, do qual nunca fora destituído.

Desde a prisão de Martínez, o governador do departamento considerou que o general Cortés estava consolidando um poder independente na região, “separado do poder civil”. Ao chefe e advogado da DNT, informou inclusive que “o exército operava com independência de suas ordens, até o ponto de as diferenças de critério entre ele e o senhor general [...] tornarem insegura a colaboração que a força armada pudesse prestar naquele momento às autoridades do Magdalena.”<sup>567</sup>

Na reunião entre a Comissão do DNT e os trabalhadores, foram expressos os pontos da petição: estabelecimento do seguro coletivo obrigatório; estabelecimento, na Companhia e nos demais exploradores da banana, da lei n. 57 de 1915; vigência da lei n. 46 de 1918 sobre habitações higiênicas para a classe operária e da lei n. 57 de 1925, sobre higiene social e assistência pública; a lei n. 57 de 1926, pela qual se estabeleceu o descanso dominical; aumento de 50% nos jornais; fim dos *comisariatos* dentro da zona bananeira, pois mantinham os produtos de primeira necessidade a elevados preços; fim dos empréstimos por vales, pois constituíam um “cerceamento ao jornal real do trabalhador”; fim do pagamento por quinzenas e estabelecimento deste por semanas; fim imediato dos contratos individuais e criação dos coletivos; construção de hospitais, disponibilização de medicamentos e instrumental cirúrgico “à razão de um hospital por cada 400 trabalhadores, e um médico mais por cada fração maior de 200 trabalhadores, além de ampliação e higienização dos acampamentos habitados pelos trabalhadores”<sup>568</sup>.

Ao respeito das petições, o ministro de Indústrias argumentou, em primeiro lugar, sobre a importância de os porta-vozes terem contrato com a empresa. Um requisito certamente problemático, pois a empresa usava o mecanismo de subcontratação através de produtores colombianos; assim, em sentido estrito, não ficava diretamente responsável pelos salários nem pelas condições de saúde dos cerca de 10.000 trabalhadores da região. Em segundo lugar, a petições de seguros e a de acidentes seriam avaliadas pela comissão. Em terceiro lugar, o descanso dominical não se aplicava, porque a lei n. 57 de 1926 se referia somente às obras nacionais. Em quarto lugar, convinham que a questão

<sup>567</sup> VEGA CANTOR, **Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras**, p. 312.

<sup>568</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929**. p. 180-181.

do *comisariato* fosse retirada das petições. Em conclusão, se transigia unicamente nas questões básicas de saúde para os trabalhadores, ainda que bastante reduzidas à intervenção direta do ministério, e como se sabe pelo desenlace do massacre, não frutificaram.

De fato, a empresa não cedeu, negou-se a receber os membros do sindicato e, ante a recomendação do ministério para aceitar as reclamações por acidentes, afirmou que as aceitaria somente porque o ministério considerava uma questão de estrita justiça e uma questão de direito natural. Sobre este ponto, afirmava que reconhecia a indenização “não como transação dos grevistas, mas como assentimento à opinião do Escritório do Trabalho, e uma vez que se tivesse reiniciado o trabalho, prevendo regulamentação da OGT”. Vários pontos da agenda foram rejeitados, excetuando-se os relativos a higienização, construção dos hospitais, créditos e aumento diferenciado por regiões do salário. A disposição dos trabalhadores, embora com perdas notáveis na proposta inicial, foi aceitar os pontos concedidos pela empresa e recomeçar o trabalho, dando mostras de “uma atitude de ordem e respeito”<sup>569</sup>.

Quando a delegação do ministério acreditava que tudo estava resolvido, o gerente da empresa recusou-se a receber os porta-vozes para firmar o pacto. Os trabalhadores esperavam por essa garantia de cumprimento. A posição do gerente foi, sob todos os pontos de vista, de intransigência, afirmando que a greve logo acabaria, por falta de provisões. Por seu lado, os grevistas argumentavam que era menos uma greve de trabalhadores que um movimento popular, que contava com o apoio do comércio local e um setor importante dos mesmos produtores de banana. Sem nada resolvido, a comissão se reuniu com o general Cortés para tratar a questão de Martínez. O militar insistiu que tinha provas do comportamento indevido do inspetor, e que as provas estariam nas mãos do fiscal. Os comissionados responderam que foi precisamente graças a essas “provas” que o juiz considerou libertar Martínez.

Ante o impasse suscitado pela intransigência do gerente e do general, a comissão tentou substituir os representantes dos operários, buscando uma resolução pacífica. O sindicato, com justas razões, não aceitou a proposta. Enquanto isso, a comissão visitou os acampamentos dos operários, comprovando que realmente careciam das condições regulamentadas pela legislação nacional. As moradias careciam de

---

<sup>569</sup> Ibid., p. 187.

banheiros, janelas e água potável, entre outros graves problemas para a salubridade.

Até este ponto são notáveis a falta de legitimidade estatal e a presença de núcleos de poder justapostos. De um lado, os membros do Escritório do Trabalho, que reconheciam a importância das petições e de uma solução pacífica para o conflito, mesmo que não fossem completamente favoráveis aos grevistas. De outro lado, o gerente e o general, absortos numa dinâmica de dominação absoluta, que buscava fugir a qualquer reivindicação social.

Há que se dizer que a aparente “neutralidade” da comissão governamental terminou em finais de novembro. A radiografia do problema mostra como esta começou a favorecer a UFCO. De acordo com a comissão, três eram as causas principais do estado das coisas: a falta de diplomacia da UFCO, que desconheceu desde o primeiro momento a importância do movimento; o apoio do comércio da região, que visava acabar com os *comisariatos*; a presença de elementos bolcheviques, “que exploravam o trabalhador com promessas de redenção”<sup>570</sup>.

Para os trabalhadores, parece que ter chegado a este ponto do conflito era um problema também de dignidade, e unicamente voltariam ao trabalho com o mínimo triunfo em matéria salarial. Os produtores da região aceitavam o aumento de salário e “se mostravam sumamente interessados em que se pusesse ponto final à situação de anormalidade”. A UFCO, entretanto, não aceitava o aumento e

manifestava indiferença ante o problema, assegurando que os prejudicados não seriam eles, mas os trabalhadores, como lhe davam ao movimento um caráter não de greve, e sim de subversão à ordem, asseguravam que só com mão forte poderia ser definido. Insinuando de maneira mais ou menos eufêmica, dúvidas sobre se o Governo Nacional seria capaz de garantir os interesses americanos e ainda os nacionais, se faziam cargos mais ou menos velados as diversas autoridades que a nome do Estado tinham tido que ver no movimento.<sup>571</sup>

---

<sup>570</sup> Ibid., p. 193.

<sup>571</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS, **Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929**, p. 195.

Num telegrama de Tomás Uribe Márquez, líder do PSC, além de questões relativas às formas de impulsionar e manter a greve, é mencionada a importância de “transformar o caráter da greve em movimento anti-imperialista”; esta circunstância, segundo Uribe Márquez, “faria mudar o aspecto das coisas e obrigaria o governo a apresentar uma atitude decorosa ante a opinião pública”<sup>572</sup>. O telegrama, interceptado pela autoridade militar, foi visto como prova da presença bolchevique na região e da inclinação da greve a um movimento sedicioso.

O informe de José Rafael Hoyos Becerra, chefe do Escritório do Trabalho, e do advogado Miguel Velandia foi publicado nas memórias do Ministério de Indústrias de 1929. Embora seja notável, ao final do conflito, certo apoio à ordem e à empresa, parece haver nos informes publicados uma dose de censura. Até finais de novembro, a posição de Becerra e Velandia parecia tender aos trabalhadores da empresa, ou no mínimo, ser “neutra” e ativa na procura de uma resolução pacífica do conflito. Nos dias anteriores ao massacre, o destaque ao caráter bolchevique da mobilização parece ter tomado conta dos informes, e a temida revolução ou a ansiada insurreição se tornaram absolutamente visíveis na documentação.

Mas deve chamar atenção do historiador que, no informe de Becerra e Velandia, não se mencionaram as mortes de dezembro. Dado o nível de detalhe, é inacreditável que tenham omitido o assunto. De fato, antes da narração correspondente ao acontecido no dia 4 de dezembro, registraram que “aqui começa a parte trágica dos últimos acontecimentos”. O registro sobre os dias 5 a 6 de dezembro mais parece a narração das contingências de um viajante – Becerra descreve os obstáculos para conseguir viajar a Bogotá, ao passo que Velandia, que tinha ficado na região, não fez qualquer aporte nem informou sobre o acontecido. Tudo isso indica que o informe foi censurado no momento de sua publicação, pois devia mostrar uma posição favorável aos trabalhadores e uma crítica à intervenção militar.

A forma como foi observado o conflito das bananeiras pelos membros do Escritório do Trabalho é o que interessa destacar. A narração dos fatos, com ênfase nos detalhes apontados por seus funcionários, permite ver uma atuação não orgânica do Estado, e funcionários que não atuavam em uníssono. Observando a rede de

---

<sup>572</sup> Ibid., p. 197.

interações e atuações do escritório, se percebe de fato uma inclinação a favorecer os operários, mediante a aplicação efetiva da lei e a ampliação dos direitos sociais.

Como sabe todo historiador, não é possível pensar estes inspetores e funcionários alheios aos temores típicos da época. O que explica a timidez na hora de assumir uma posição mais abertamente favorável aos trabalhadores. Para o historiador Renán Vega Cantor, a greve das bananeiras esteve condicionada, desde o começo, pela política anticomunista do governo nacional, cuja marca principal era a Lei Heroica, n. 69 de 30 de outubro de 1928, pela qual se ditavam algumas disposições de defesa social. Adicionalmente, a criação do Partido Socialista Revolucionário (PSR), em 1926, motivou uma onda de greves no território nacional, entre as quais se destacam, em 1927, a dos trabalhadores da Tropical Oil Company, a dos trabalhadores da Companhia de Telefonia de Bogotá e a dos braceiros do Rio Magdalena. Do mesmo modo, a exitosa gira nacional de María Cano, representante do PSR, que colocou o governo conservador de Miguel Abadía Mendez (1926-1930) num estado de alerta ante a possível revolução social.

#### **4.5. Anotações finais sobre conflito social e instituições laborais**

Todavia, para compreender o acontecido com Martínez e as bananeiras, é preciso retroceder e tentar compreender o panorama do movimento operário colombiano nos anos 1920. A intervenção do Estado na economia, na sociedade e na indústria era um tema que enquadra no contexto de polêmicas em torno da higiene social, raça, ampliação dos direitos civis e políticos, movimento operário, legislação operária, socialismo, questão da terra, colonização e riquezas inexploradas e terrenos os baldios. Por um lado, a intervenção econômica era um fato. Por outro, a intervenção legislativa era necessária, à luz das convenções internacionais do trabalho. Por isso, a questão foi incluída no projeto de código do trabalho e nas propostas de ratificação das convenções da OIT, que a direção da EGT apresentou ao congresso da República, em 1926 e 1928. O primeiro tardou quase um quarto de século em ser aprovado (1950), enquanto as convenções da OIT foram ratificadas em sua totalidade em 1931, pela lei n. 129. Dessa maneira, o Estado colombiano reconheceu os princípios internacionais do trabalho: jornada laboral, seguros de desemprego, proteção materna, trabalho noturno das mulheres, idade mínima e trabalho infantil, seguro



contra acidentes, igualdade de tratamento entre trabalhadores nacionais e estrangeiros, seguro contra doenças, sem aplicá-los em muitos casos.<sup>573</sup>

Entretanto, a pressa do Estado colombiano para assinar compromissos internacionais se contrapunha à fragilidade institucional para efetivá-los, e, no caso dos “direitos sociais” e “direitos laborais”, isto foi bastante visível. A despeito do fato que algumas indústrias incorporaram, ao longo dos anos 1920, a jornada de oito horas, o descanso dominical, a restrição do trabalho infantil entre outros aspectos que contemplava a legislação, os acontecimentos revelam que não se tratou de um processo tranquilo e generalizado em todos os setores industriais. Daí que o movimento operário mantivesse, ao longo do período, uma ininterrupta luta pela ampliação ou efetivação dos direitos. Ao mesmo tempo, os inspetores do trabalho pressionavam ou persuadiam os industriais a observar as prescrições em temas como higiene da indústria, condições sanitárias, alimentação dos trabalhadores, prevenção de acidentes etc.

A historiografia colombiana não é unânime acerca das conquistas operárias, sua organização e seus protestos, que se expandiram desde os enclaves exploradores de petróleo até o coração do setor exportador do café.<sup>574</sup> De fato, 37 sindicatos adquiriram personalidade jurídica entre 1909 e 1917, e 107 a adquiriram entre 1919 a 1930. O número cresceu muito mais entre 1931 e 1941, quando foram registrados 659 sindicatos, sendo que 58 correspondem ao período entre 1931 e 1934. As baixas cifras dos anos 1920 são indicativas da debilidade institucional e do ajuste da política laboral ao sentido dos movimentos operários. O crescimento dos anos 1930 se explica, fundamentalmente, pela lei n. 83 de 1931, sobre organização sindical, segundo a qual se reconhecia expressamente a função pública e social dos sindicatos e retornavam à supervisão oficial mediante a pessoa jurídica. Os quatro anos iniciais do governo de Enrique Olaya Herrera (1930-1934) foram uma espécie de princípio de ajuste dos movimentos operários à política de Estado. Ao passo que a esperança produzida pela *Revolução em Marcha*, de

---

<sup>573</sup> Para uma análise pormenorizada acerca do código de trabalho, as propostas, aprovação e outros aspectos relativos ao trabalho do EGT neste campo, ver AVELLA GÓMEZ, **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**, op. cit., p. 67–151.

<sup>574</sup> BERGQUIST, **Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero**, op. cit., p. 390.

Alfonso López Pumarejo (1934-1938/1942-1944), conduziu à absorção definitiva da atividade sindical, num período que os historiadores denominam de institucionalização do movimento laboral e eliminação do potencial revolucionário.<sup>575</sup> Nos anos 1940, no governo de Eduardo Santos (1938-1942), houve um declive do potencial grevista, consequência de uma explícita política divisionista de apoio à facção liberal do movimento operário, em detrimento da facção comunista. Isto significou uma autodepuração do elemento comunista em função de um movimento mais adaptado aos interesses governamentais e, por conseguinte, o enquadramento da luta reivindicativa dentro às causas da conciliação forçada. Logo depois dessa pausa, houve um vertiginoso incremento, explicado mais pelo carisma do líder liberal López Pumarejo que pelo efeito de uma política em favor do operariado.<sup>576</sup>

Outras razões para a visibilidade do movimento operário nos anos 1930 foram dadas pela incorporação, ao programa político liberal, de várias reformas sociais e laborais, “combinando uma política de repressão preventiva com um discurso de harmonia entre capital e trabalho”.<sup>577</sup> Se a finalidade era a despolitização do movimento, o efeito foi contrário, e houve uma articulação política com certos benefícios sociais para os trabalhadores<sup>578</sup>. Ou seja, comparando-se ambos os períodos, o movimento operário dos anos 1920 era mais revolucionário, e em vista da repressão do governo, pactuou sobre a base de uma força de mobilização que não tinha precedentes no país; o movimento operário dos anos 1930, entretanto, suavizado pelas reformas sociais, foi menos combativo.

---

<sup>575</sup> Ibid., p. 407.

<sup>576</sup> MONCAYO, Víctor Manuel; ROJAS, FERNANDO. **Luchas obreras y política laboral en Colombia**. Bogotá: La Carreta, 1978, p. 61–64.

<sup>577</sup> ARCHILA, **Cultura e identidad obrera Colombia 1910-1945**, op. cit., p. 280.

<sup>578</sup> Outro fator, como a mudança efetiva nas condições do trabalho, favoreceu esse paulatino abrandamento do movimento operário. A historiografia dos anos 1970 e 1980 argumenta que houve um incremento real dos salários entre 1934 e 1938, com a subsequente estabilização e queda no período seguinte. Estudos recentes matizam este crescimento e destacam que se não houve deterioração do nível de vida, tampouco melhorou a participação na distribuição da renda. LÓPEZ-URIBE, **Salarios, vida cotidiana y condiciones de vida en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX**, op. cit..

Quanto às reformas, estas foram exageradas pelos governos, com palavras que faziam crer em grandes transformações. A cada mudança, os dirigentes políticos se colocavam como iniciadores de uma nova época ou reformadores, na procura romana da perfeição teórica do código legal.<sup>579</sup> Deste modo, Alfonso López Pumarejo (1934-1938), no discurso de posse em 1934, anunciava que sacudiria a estrutura ideológica da República. Na prédica, ele seria o iniciador de uma vigorosa luta contra a monstruosa injustiça social. Uma intensidade análoga se percebe nos discursos dos membros do governo frente à questão social. Afirmava-se que as reformas do legislador haviam libertado a classe sofrida das garras implacáveis do patrão<sup>580</sup>; enquanto ao camponês explorado se tinham outorgado direitos para a regulação equitativa das relações entre donos e trabalhadores da terra.<sup>581</sup>

Para outros agentes externos ao governo, a legislação colombiana, em matéria trabalhista apontava a iniciação da medicina do trabalho e constituía uma contribuição vanguardista para a proteção e o bem-estar dos trabalhadores – perspectiva similar à de países como Chile, Uruguai e Argentina.<sup>582</sup> Até o alemão Ernesto Herrnstadt, assessor de direito trabalhista do governo colombiano<sup>583</sup>, tinha uma opinião positiva da legislação laboral do país. De seu ponto de vista, os sindicatos, por meio de contratos coletivos de trabalho, tinham uma influência substancial sobre a criação da seguridade social colombiana<sup>584</sup>. De sorte que a aplicação das leis dependeria, nesse entorno democrático idealizado, da capacidade sindical de legitimar os direitos.

---

<sup>579</sup> HENDERSON, **Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965**, op. cit., p. 228.

<sup>580</sup> RODRÍGUEZ, Isidro. Conferencia dictada por el señor J. Isidro Rodríguez en la Universidad Libre (sección obrera) en la noche del 25 de marzo de 1933. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. IV, p. 1209–1217, 1933, p. 1209–1210.

<sup>581</sup> CHAUX, Francisco José. El espíritu de la ley en los problemas sociales. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**. v. V, n. 39-44, p. 3–10, 1934.

<sup>582</sup> LLERAS, **Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial**, op. cit., p. 165.

<sup>583</sup> MAYOR MORA, **Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)**, op. cit., p. 467.

<sup>584</sup> HERRNSTADT, **The Problem of Social Security in Colombia**, op. cit., p. 429.

Para além das controvérsias acerca da astúcia dos governos liberais em controlar ou institucionalizar o movimento operário, o fato é que, entre 1920 e 1930, houve uma grande agitação política de alfaiates, sapateiros, construtores, trabalhadores dos portos, das ferrovias, operárias e operários das indústrias têxteis e manufatureiras, braceiros. Este movimento se estendeu por cidades como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Manizales, Santa Marta, Ciénaga, Dorada e Girardot. O caráter dos conflitos mudou muito de um lugar a outro, mais houve formas incipientes de contraorganização operária, ou seja, atos de violência como pilhagem e destruição de linhas telegráficas e, posteriormente, manifestações mais normalizadas nos anos 1930.

Apesar das limitações ao movimento operário e os esforços de controle preventivo, diversos atores políticos concordavam em que o governo não podia evitar a questão trabalhista, muito menos deslegitimar as greves<sup>585</sup> ou negar, com “intensa despreocupação” os problemas sociais, argumentando um capitalismo de pequenas dimensões<sup>586</sup>. Nesse contexto, havia duas alternativas lógicas: a primeira, manter a política de repressão direta, fortalecendo o exército; a segunda era tentar resolver “amigavelmente” a questão. Uma era um disparate, cuja consequência mais provável, como insinuava um comentarista da época, seria irritar as tendências subversivas e precipitar a revolução.<sup>587</sup> A segunda opção era a mais sensata, visto que o governo precisava da legitimação ideológica do movimento operário. Tecnicamente, foi esta a escolhida, embora os fatos desmintam tal atitude conciliatória de conflitos, como se observou no caso da UFCO.

A réplica do governo às greves se concretizou no decreto 002 de 1918, e nas leis n. 78 de 1919 e n. 21 de 1920 – com estas leis, se limitava os alcances, ao dispor como obrigatório o procedimento de conciliação: antes da suspensão coletiva do trabalho, se deveria buscar a solução pacífica do conflito. O Estado se colocava, dessa forma, como mediador em qualquer conflito social. Como parte dessa fórmula para

---

<sup>585</sup> AVELLA GÓMEZ, **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**, op. cit., p. 86.

<sup>586</sup> TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. La realidad social (Editorial, El Espectador, 8 de enero 1924). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 443–445.

<sup>587</sup> \_\_\_\_\_. Reformas sociales (El Espectador, 20 de octubre de 1920). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 173.

resolver pacificamente os conflitos, a partir de 1927, o EGT principiou, por intermédio dos inspetores do trabalho, as atividades de arbitragem dos conflitos entre capital e trabalho. A instituição do trabalho se movia, assim, ao ritmo do movimento operário e de sua capacidade coletiva de negociação no terreno legislativo.

Para alguns historiadores, a questão foi menos idílica, pois o escritório estava buscando canalizar a onda de greves posteriores a primeira guerra mundial, e manteve esse perfil durante os governos liberais de 1930 a 1945. Na forma como se perfilou a atuação dos representantes da entidade, isso pode ser real, mas não é, necessariamente, negativa. Por um lado, a intervenção nos conflitos entre patrões e trabalhadores constituía uma forma de pressão institucional, relativamente mais favorável ao trabalhador. De fato, as negociações coletivas de trabalho começaram a se espalhar por todo o território nacional, obtendo benefícios mais ou menos particulares, em razão da capacidade de ação do grêmio ou sindicato envolvido no conflito. Para advogados trabalhistas como Ernesto Herrstadt, os contratos coletivos de trabalho favoreciam o avanço da legislação laboral.<sup>588</sup> Ele seguia o argumento dos trabalhistas da época, que afirmavam que quando o trabalho era negociado coletivamente, seu poder de negociação se aproximava ao do capital.<sup>589</sup>

Em princípio, a negociação era positiva, no contexto de metamorfoses das atitudes populares e expansão dos movimentos camponeses e sindicatos, pois mediante convenções ou contratos coletivos de trabalho, se conseguiam avanços práticos; porém, deixava de ser positiva à medida que os movimentos operários eram abrandados e renunciavam explicitamente à transformação socialista, como aconteceu na Colômbia, na América Latina e em geral.<sup>590</sup> A longo prazo, o procedimento de conciliação serviu para legitimar ou revalorizar os partidos políticos tradicionais. Clássicos da história do operariado colombiano entenderam isso como a perda de toda a virtualidade revolucionária, mediante a incorporação da luta à normalidade reivindicatória; ou, nas palavras do ex-presidente Alberto

---

<sup>588</sup> HERRNSTADT, The Problem of Social Security in Colombia, op. cit., p. 429.

<sup>589</sup> Commons and Andrews, 1920, apud AVELLA GÓMEZ, **Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990**, op. cit., p. 39.

<sup>590</sup> BERGQUIST, **Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero**, op. cit., p. 29.

Lleras (1958-1962), do predomínio do critério liberal sobre o critério revolucionário.<sup>591</sup> Ao final, sem sindicatos fortes, voltava a imperar a negligência tranquila e a resistência dilatória e sistemática dos direitos, como resultado, segundo Francisco José Chaux, da tremenda infiltração do espírito explorador, pertinaz e habilidoso nos costumes sociais do país.<sup>592</sup>

Por outro lado, o papel de fiscalização das indústrias realizado pelo inspetor do trabalho realmente tinha benefícios, fomentando indiretamente a aplicação da normatividade social nessa matéria. O problema foi que a falta de pessoal permitiu que as atividades se desenvolvessem apenas nas capitais regionais, num país em que boa parte dos centros industriais estava em regiões isoladas. Em síntese, a inspeção nacional do trabalho foi, até finais dos anos 1930, um esboço bem intencionado, mas vacilante e tímido do que deveria ser a jurisdição do trabalho.

---

<sup>591</sup> MONCAYO; ROJAS, FERNANDO, **Luchas obreras y política laboral en Colombia**, op. cit., p. 31.

<sup>592</sup> El espíritu de la ley en los problemas sociales.

## CONCLUSÕES

Ao final de cada capítulo se propõem algumas reflexões, delas se tomam a seguintes conclusões. Assim, ao longo do Capítulo 1, foi possível observar a maneira como alguns médicos colombianos objetivaram dois problemas do mundo laboral: o alcoolismo e a fadiga. No que se refere à crítica ao alcoolismo, foram identificadas três tendências analíticas: em primeiro lugar, uma trajetória ligada às noções de degeneração e ao projeto eugênico; em segundo lugar, a problematização do alcoolismo na esfera econômica; em terceiro lugar, a objetivação do alcoolismo como “doença social”, ligada particularmente à classe trabalhadora.

Concretamente, no mundo do trabalho, observa-se uma semelhança entre a forma como foi expressa a crítica ao alcoolismo e os paradigmas produtivos ou formas de organização do trabalho então em voga. Na virada do século XIX para o XX – com o predomínio da ideia de acumulação extensiva e de um regime dependente do número de trabalhadores ou área cultivada –, a preocupação com o alcoolismo se concentrou no problema do despovoamento e o do declínio das forças produtivas da nação. Esta preocupação com a quantidade de população juntava-se à questão da qualidade da força de trabalho. Importava ter muitas pessoas, mas que fossem trabalhadores fortes, com um ótimo desempenho físico e mental que aumentasse a produtividade. Finalmente, num contexto em que os custos médicos e sociais de produção começaram a ser parte dos cálculos de benefícios econômicos, o alcoolismo tornou-se um fator de risco de acidentes e doenças.

Sobre a fadiga, a discussão foi colocada desde as origens como um problema psicofisiológico, com pronunciado viés social. Este é um aspecto instigante, pois mostra que os especialistas colombianos em questões laborais levavam em conta, como seus homólogos de outros países, a hereditariedade<sup>593</sup>, porém, em uma perspectiva que considerava

---

<sup>593</sup> Em outras regiões do continente, este discurso parece ter tido maior relevância. HAIDAR, Victoria. **Trabajadores en riesgo**: una sociología histórica de la biopolítica de la población asalariada en la Argentina, 1890-1915. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008; ROLDÁN, Diego P. Discourses on the body, the “human motor”, energy and fatigue: cultural hybridations in fin-de-siècle Argentina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 3, p. 643-661, 2010; FERLA, Luis. O trabalho como

os fatores sociais como igualmente significativos. Nesse sentido, pode-se dizer que a “fadiga industrial” pertenceu a um ramo diferenciado da neurastenia, historicamente mais próxima de Rudolf Clasius e Charles Myers que de Bénédict Augustin Morel. De fato, para os médicos do trabalho, a fadiga era, antes de tudo, um conceito das ciências do trabalho, construído com elementos analíticos da termodinâmica, da psicofisiologia do trabalho e da sociologia. Dessa maneira, relacionava-se com outras figuras da retórica científica, como esforço e repouso, debates em torno da técnica, do meio e da máquina. No século XX, abrangia uma complexa rede de interações com o problema das transformações produtivas, as mudanças nas condições de trabalho, a incorporação de legislações trabalhistas e a consolidação das formas de racionalização científica do trabalho – representada na Colômbia, principalmente, pela economia industrial. Por sua vez, a fadiga atrelava-se à noção bastante problemática de fator humano. Com efeito, a discussão fez parte do processo mais amplo de emergência e incorporação do “fator humano” ou “fator sociológico” ao cálculo da produção. Certamente, as metáforas de motor humano e capital humano não foram substituídas, mas houve um processo de psicologização e sociologização. Assim, na medida em que se transitava da fisiologia do trabalho para a psicofisiologia, o foco na capacidade corporal do operário foi descentrado, em função da observação metódica do temperamento mental do trabalhador e de seu comportamento social.

No Capítulo 2, foi possível observar os vazios ou critérios de exclusão da primeira lei social do país, n. 57 de 1915. Em resumo, os trabalhadores que não tinham direitos eram os que sofriam de lesão ou doença não imprevista e repentina, ou seja, uma “doença profissional”, causada pelo trabalho; aqueles que, apesar de executar um trabalho por conta alheia, careciam de contrato de serviços; até os anos 1930, os empregados e patrões com salários superiores a três pesos; os operários comprovadamente culpados pelo acidente; os que sofressem acidentes de força maior, estranha ao trabalho; os operários que prestavam serviços em empresas com capitais menores a mil pesos; os assalariados de empresas não contempladas no artigo 10, ou seja, todas as que não fossem de iluminação pública, aquedutos, ferrovias e bondes, licores, fósforos, arquitetura e construção, mineração e pedreiras, navegação, indústrias com força mecânica e de obras públicas nacionais.



Na segunda parte do capítulo, sobre perícias, acidentes e hérnias no contexto do direito à saúde (Colômbia 1915-1946), descreveram-se os princípios da perícia médico-legal. Destacaram-se os recursos que, em teoria, o médico devia usar na avaliação das doenças no trabalho, ou seja, os elementos de uma espécie de deontologia do trabalho médico-legal. Buscou-se, assim, mostrar a aplicação dessa deontologia e a distância entre o modelo idealizado e as fragilidades do discurso médico na objetivação de um acidente/doença como a hérnia. O que se observou primeiramente no debate sobre as hérnias é que, mais que pensar nos aspectos etiológico ou patogênico, os especialistas do trabalho se interessavam principalmente em saber como enquadrava a doença nas definições de acidente e de doença profissional. Para eles, a hérnia existia menos como entidade mórbida do que como noção jurídica, absolutamente abstrata.

O segundo aspecto interessante foi observar a permanência sutil da velha ideia do corpo máquina/corpo motor, confrontada então pela iluminadora e, por sua vez, prosaica ideia do fator humano. Iluminadora porque rompia com a ideia de máquina que trabalhava oito horas por dia, colocando no horizonte um operário que era membro de uma sociedade e que, num mesmo dia, trabalhava, se instruía, se divertia e descansava. Mas ao mesmo tempo, a ideia de fator humano podia ser prosaica, já que a linha que dividia prevenção da acidentalidade/economias para o patrão e a seguradora se tornava praticamente invisível. Por outro lado, porque construía um complexo perfil do operário, baseado em aspectos biotipológicos ou psicofisiológicos, com desastrosas consequências na hora de conseguir trabalho.

Finalmente se analisa a questão da simulação. Na forma como foi resolvida a questão, percebe-se houve um paulatino deslocamento do fisiológico ao psicofisiológico. Tal movimento obedece um processo de “psicologização” da medicina do trabalho, com o auge da orientação profissional, da psicotécnica e da perda de vigência da metáfora do motor humano em função do fator humano. Em segundo lugar, observa-se que a simulação, no contexto da previdência social, funciona como um dispositivo de limitação dos serviços ou privação de direitos. Esta perspectiva respondeu com maior precisão às necessidades do enquadre “qualitativo” dos usuários dos serviços de saúde e dos interesses econômicos que regiam o funcionamento das companhias de seguros.

No Capítulo 3, foram analisados vários aspectos do processo histórico de formulação da lei sobre doenças profissionais. Foi possível

observar dois momentos. Em 1931 uma vontade de reconhecimento político sem utilidade prática, e três lustros depois, a primeira ação estatal na matéria, com a lei n. 6 de 1945. Apesar do avanço em termos jurídicos, foi necessário esperar até 1946 pelo decreto sobre a tabela das doenças reconhecidas pelo Estado. Assim, antes que se concluísse a primeira metade do século XX, o trabalhador afetado por uma doença profissional estava praticamente desprotegido.

Na segunda parte, analisou-se a forma pela qual os médicos colombianos objetivaram o problema das doenças profissionais. Além de defini-las, eles se defrontaram com o problema maior de saber quais eram doenças a afetar os trabalhadores do país. No período estudado, mais que fazer monografias que evidenciassem as doenças nacionais, predominaram estudos teóricos sobre o assunto. Nessa perspectiva, a evidência internacional foi permanentemente confrontada com a pouca e dispersa experiência local, em função do custo-benefício econômico e social da legislação laboral em matéria de saúde.

Finalmente, na terceira parte, foram analisados os casos da ancilostomíase e da tuberculose, mostrando os argumentos dos médicos colombianos para não considerá-las como doenças profissionais. Em muitos casos, o peso dos interesses econômicos parece evidente. Do mesmo modo, é importante considerar o influxo da correlação de forças sociopolíticas existentes em cada país e o *lobby* das empresas perante os ministérios do trabalho. Contudo, além destes aspectos, também se deve considerar a discussão médica sobre as doenças profissionais.

Ocorre no caso das doenças profissionais, que as variações na forma de exploração e a localização geográfica podiam invalidar as pesquisas internacionais. E qualquer incerteza favorece o patrão, contrariando o objetivo de toda legislação social e o fato de que a solução com maior consciência social deve ser sempre, em caso de dúvida, favorecer ao trabalhador. Em conclusão, o pretexto de se ter provas cientificamente concludentes ou diagnósticos diferenciais precisos em todos os casos se torna um obstáculo para a promulgação de leis taxativas ou a aplicação dos direitos sociais. Por isso, pode-se afirmar que as ferramentas de legitimação científica do modelo de proteção social minimizam as experiências de desgaste e deterioração da saúde do operário. Em outras palavras, a negação da realidade das doenças profissionais se relaciona com um problema maior, que diz respeito à forma como se legitimam as doenças profissionais, tanto no âmbito médico como jurídico. Nesse sentido, chama a atenção também que o paradigma de uma ciência universal – ou a ilusão e o *telos* de um

mundo social com total independência das *epistemes* locais – se confronte permanentemente, no campo da medicina do trabalho, com o dinamismo do particular e a heterogeneidade de fenômenos localizados, porém, com consequências negativas. Mais especificamente, a prova se constrói sobre os estudos regionais e locais. Para o trabalhador, isso tem consequências absolutamente desastrosas, porque nem o reconhecimento da doença por parte da OIT é garantia de que vai receber a proteção social necessária.

Finalmente, no Capítulo 4, defende-se a hipótese que a criação da OGT não resultou unicamente de ações doutrinárias de partido, mas faz parte de uma tendência histórica, um movimento intervencionista do Estado iniciado com os governos conservadores e mantido nos anos 1930 e 1940, quando as iniciativas liberais apuraram a organização e a institucionalização da ameaça social, através de complexos modelos de conciliação e arbitramento. Adicionalmente, considera-se que o surgimento desta agência técnica se deu no marco da política internacional de regulação das relações entre capital e trabalho, mediante agências estatais ou espaços tecnocráticos de intervenção social e relacionamento com a indústria, os operários e os camponeses. Portanto, a análise do contexto histórico e de seu processo de formação e funcionamento levou a compreender como se lidou com a questão social de 1923, ano de criação do Escritório Nacional do Trabalho, até 1946, quando foi criado o Ministério do Trabalho. Reconstruir a formação deste projeto institucional e seu funcionamento significou também compreender a incorporação da saúde dos trabalhadores no horizonte do Estado, assim como entender o sistema de valores em que se concretizaram fenômenos de grande impacto, como a seguridade social e o direito trabalhista.



## BIBLIOGRAFÍA

ABADÍA MÉNDEZ, Miguel. *Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso de 1917*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1917.

ABELLO NOGUERA, Osvaldo. *Accidentes del trabajo, vacíos de la legislación y la seguridad social*. Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Javeriana, Bogotá, 1948.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTÁ (Org.). Estudio sobre higiene y asistencia pública hecho por la Academia Nacional de Medicina de Bogotá para dar respuesta a la consulta formulada por el presidente electo de la república doctor Alfonso López. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XLIV, n. 514, p. 753–816, 1934.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. *As parcelas (in)visíveis da saúde do anônimo trabalhador: uma contribuição à história da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950)*. Tese Doutoral, Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2004.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. Doenças e trabalho: Um olhar sobre a construção da especificidade Medicina do Trabalho. In: CARVALHO, Diana Maul de; MARQUES, Rita de Cássia (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças II**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, p. 179–207.

ÁLVAREZ, Antonio José. *Informe del Director de la Sociedad de Zancudo. Relativo al periodo comprendido del 1° de julio al 31 de diciembre*. Medellín: Tipografía Industrial, 1919.

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN. Crónica. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. XI, n. 11-12, p. 410–415, 1903.

ANGARITA, Manuel José. *Constitución de la República de Colombia (sancionada el 5 de agosto de 1886) concordada y comentados algunos de sus artículos por Manuel J. Angarita*. Bogotá: Imprenta a cargo de Fernando Pontón, 1890.

ANÓNIMO. El alcohol y la economía del trabajador. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. I, n. 10, p. 579–586, 1930.

ANONIMO. En favor del obrero. **El Sol**, 1419. ed. p. 2, 1916.

ARAGÓN, Víctor; ARCHILA, Manuel. Informe que rinde el interventor nacional de petroleos y el jefe de la Oficina General del Trabajo al señor Ministro de Industrias sobre visita practicada en la instalaciones petrolíferas de Barrancabermeja. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. V, n. 39-44, p. 69–90, 1934.

ARANGO BARRENECHE, Gonzalo. *Estudio sobre medicina industrial en Medellín*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, 1957.

ARANGO SANÍN, Agustín. Duración de la incapacidad temporal. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 10, p. 9–10, 1948.

ARANGO SANÍN, Agustín. La medicina del trabajo en Colombia. **Heraldo Médico**, v. I, n. 1, p. 2–5, 1947.

ARANGO SANÍN, Agustín. Medicina Legal y Social. Cicatrices de la cara por accidentes de trabajo. **Colombia Médica**, v. IV, n. 3, p. 86–88, 1944.

ARANGO SANÍN, Agustín. ¿Puede considerarse la tuberculosis como una enfermedad profesional? **Colombia Médica**, v. I, n. 4, p. 148–149, 1939.

ARANGO SANÍN, Agustín; VERGARA, Jorge. Concepto sobre las hernias de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 4, p. 11–14, 1948.

ARBOLEDA DÍAZ, Carlos. Que puesto deben ocupar los “preventorios” en la campaña contra la tuberculosis en Colombia. **Colombia Médica**, v. I, p. 443–444, 1939.

ARCHILA, Mauricio. *Cultura e identidad obrera Colombia 1910-1945*. Santa fe de Bogotá: Cinep, 1991.

ARCHILA, Mauricio. El uso del tiempo libre entre los obreros, 1910-1945. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**, n. 18-19, p. 145–184, 1990.

ARCHILA, Mauricio. *Masacre de las bananeras: diciembre 6 de 1928* / *banrepcultural.org*. Disponible em: <<http://www.banrepcultural.org/node/32971>>. Acceso em: 11 nov. 2014.

ARCHILA, Mauricio. *Ni amos, ni siervos: memoria obrera de Bogotá y Medellín, 1910-1945*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), 1989. (Controversia 156-157).

ARDILA, Rubén (Org.). *Psicología en Colombia: Contexto Social e Histórico*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1993.

ARISTIZABAL OSPINA, Fabio. *Legislación de los accidentes de trabajo*. Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, Editorial Aguila, Bogotá, 1939.

ARMUS, Diego. *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

ARTURO, Julián; MUÑOZ, Jairo. La clase obrera en Bogotá. Apuntes para una periodización de su historia (aspectos económico,

político e ideológico-cultural). **Maguare. Revista del departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Colombia**, n. 1, p. 99–152, 1981.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MINEROS. La salubridad en las minas. **Minería**, v. II, n. 20-21, p. 1348–1356, 1934.

AVELLA GÓMEZ, Mauricio. *Las instituciones laborales en Colombia. Contexto histórico de sus antecedentes y principales desarrollos hasta 1990*. Bogotá: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2012.

AZEVEDO, Ana Carina. Os primórdios da organização científica do trabalho em Portugal: o progressivo aperfeiçoamento dos métodos de racionalização desde o início do século XX até à II Guerra Mundial. **Mundos do trabalho**, v. 4, n. 7, p. 245–265, 2012.

BAENA LAVALLE, José Manuel. Concepto 074-D. Prestaciones sociales por enfermedad. **Boletín Trabajo**, v. I, n. 2, p. 104–106, 1952.

BAENA LAVALLE, José Manuel. Concepto 082-D. **Boletín Trabajo**, v. II, n. 2, p. 108–109, 1952.

BAENA LAVALLE, José Manuel. Consulta trabajador Banco Central Hipotecario. **Boletín Trabajo**, v. I, n. 5, p. 117–120, 1955.

BAENA LAVALLE, José Manuel; SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Aspecto medico-social de las hernias. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. IX, n. 51-52, p. 109–115, 1947.

BARÓN, Campo Elías. *Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia*. Bogotá: Editorial ABC, 1939.

BARÓN, Pablo Julio. *Influencias del alcoholismo en las afecciones pulmonares*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1902.

BEJARANO, Jorge. Alcoholes y rentas departamentales. **Colombia Económica. Revista al servicio de la economía nacional**, v. II, n. 19, p. 255, 1943.

BERGQUIST, Charles. *Historiografía latinoamericana moderna y movimiento obrero*. Bogotá: Siglo XXI, 1988.

BERNAL, Benjamín. *Los accidentes de trabajo en sus relaciones con la medicina legal*. Tesis para optar al título de doctor en Medicina y Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia, Casa editorial Arboleda & Valencia, Bogotá, 1911.

BERNARD, Henri. Alcoolisme et antialcoolisme en France au XIXe siècle : autour de Magnus Huss. **Histoire, économie et société**, v. 3, n. 4, p. 609–628, 1984.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2001.

BERTUCCI, Liane Maria. *Saúde: arma revolucionária, São Paulo, 1891-1925*. Campinas: Centro de Memória, Unicamp, 1997.

BIRN, Anne-Emanuelle; SOLÓRZANO, Armando. Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 9, p. 1197–1213, 1999.

BOTERO HERRERA, Fernando. *Medellín 1890-1950: historia urbana y juego de intereses*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1996.

BOZAL, Ana Guil; GIL, Sara Vera. Entre Europa y América Latina: Mercedes Rodrigo, Psicopedagoga Pionera. **Revista Historia de la Educación Latinoamericana**, v. 13, n. 17, p. 71–92, 2011.

BRADFORD HERRERA, Daniel. *Los accidentes de trabajo en la doctrina y en la ley*. Tesis para optar al grado de doctor en Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1944.

BUSHNELL, David. Colombia. In: FALCOFF, Mark; PIKE, Fredrick B (Eds.). **The Spanish Civil War, 1936-39: American hemispheric perspectives**. Lincoln: University of Nebraska Press, 1982, p. 159–202.

BUZZI, Stéphane; DEVINCK, Jean-Claude; ROSENTAL, Paul-André. *La santé au travail, 1880-2006*. Paris: La Découverte, 2006.

BYNUM, William F. Medicina y Sociedad en el siglo XIX. In: **Histoire de la pensée médicale en Occident, vol. 3, “Du romantisme à la science moderne”**. Trad. Jorge Marquez Valderrama. Paris: Seuil, 1999, p. 295–317.

CAICEDO CASTILLA, José Joaquín. La obra social del gobierno (conferencia dictada el 11 de marzo de 1941). **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**, p. 8–20, 1940.

CALDERÓN REYES, José Joaquín. *Estudio médico-legal de la incapacidad en los accidentes de trabajo*. Tesis Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1929.

CALDERÓN REYES, José Joaquín. Evolución histórica de la medicina del trabajo: labores realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Bogotá, sobre “Medicina del Trabajo”. **Revista de la Facultad**



de Medicina. Univesidad Nacional de Colombia, v. 23, n. 11-12, p. 782–805, 1955.

CALLE, Miguel María. Anquilostomiasis. **La Organización**, 491. ed. p. 1, 1910.

CALLE, Miguel María. Apuntes para el estudio de la anquilostomiasis. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. XV, n. 3, p. 67–89, 1910.

CALLE, Miguel María. Astenia de los obreros I. **La Organización**, 466. ed. p. 1–2, 1910.

CALLE, Miguel María. Astenia de los obreros II. **La Organización**, 467. ed. p. 1–2, 1910.

CALLE, Miguel María. Empresa de Zancudo y Chorros. Enseñanza del médico de la empresa para los obreros (Tuberculosis). **La Organización**, 559. ed. p. 3, 1910.

CALLE, Miguel María. Empresa de Zancudo y Chorros. Enseñanza del médico de la empresa para los obreros (Tuntun). **La Organización**, 558. ed. p. 3, 1910.

CALLE, Miguel María. Quemaduras por el grisú y su tratamiento. **Anales Academia de Medicina de Medellín**, v. XIV, n. 8-9, p. 130–137, 1907.

CALMETTE, A; BRETON, M. *L'ankilostomiase: maladie sociale (anemie des mineurs)*. París: Masson et. C. Editeurs, 1905.

CAMARGO, JAIME. *Enfermedades profesionales*. Tesis doctor en medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1954.

CAMPOS MARÍN, Ricardo; HUERTAS, Rafael. El alcoholismo como enfermedad social en la España de la Restauración: problemas de definición. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam**, n. 11, p. 263–286, 1991.

CAMPUZANO HOYOS, Jairo Andrés. *Cogepuercos, faldas y pantalones. Relatos historicos de algunos aspectos del diario vivir de los obreros en Medellín en la década de 1920*. Historiador, Universidad de Antioquia, Medellín, 2005.

CANGUILHEM, Georges. *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida: nuevos estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

CANGUILHEM, Georges. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-posições**, v. 12, p. 109–121, 1947.

CARRILLO, Ana María. Los modernos minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México. **Revista Estudios**, v. 0, n. Historia de la tuberculosis en América Latina, p. 85–101, 2012.

CARVAJAL PARÍS, Demetrio. La explotación de sales en las minas de Zipaquirá. Apartes del informe rendido a la Oficina General del Trabajo por el médico higienista del departamento Doctor D. Carvajal París. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. I, p. 599–601, 1930.

CASAS, Álvaro; MÁRQUEZ, Jorge. Sociedad médica y medicina tropical en Cartagena del siglo XIX al XX. **Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura**, n. 26, p. 115–133, 1999.

CASTRO, Alfonso. Anquilostomiasis en Antioquia. **Revista Clínica**, v. VI, p. 378–419, 1923.

CASTRO, Beatriz. *Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2007.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; RESTREPO, Eduardo (Orgs.). Raza, pueblo y pobres: Las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873-1962). In: **Genealogías de la colombianidad: formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX**. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, 2008, p. 10–41.

CHAUX, Francisco José. El espíritu de la ley en los problemas sociales. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. V, n. 39-44, p. 3–10, 1934.

CHAUX, Francisco José. *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1931*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1931.

CHAUX, Francisco José. *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1932.

CHAUX, Francisco José. *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1934*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1934.

COLLIE, John; SPICER, Arthur H. *Malingering and feigned sickness*. [s.l.]: London: E. Arnold, 1913. Disponible en: <<http://archive.org/details/malingeringfeign00colliala>>. Acceso en: 3 ago. 2014.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 12 de 1936. Por el cual se reorganiza el Departamento de Trabajo del Ministerio de Industrias y Trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VIII, n. 63-70, p. 7–10, 1936.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 57 de 1915 sobre reparaciones por accidente de trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. II, n. 15-16, p. 749-755, 1931.

COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS Y TRABAJO. Decreto número 1758 de 1934 por el cual se reorganiza el Departamento de la Oficina General del Trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VI, n. 45-50, p. 306, 1934.

CONCHA, Roberto. El vicio del tabaco. **Salud y sanidad. Órgano de divulgación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social**, v. VII, n. 75, p. 7-10, 1938.

CONGOTE, Jana Catalina. *Las enfermedades sociales en los obreros de Medellín 1900-1930*. Tesis Historia, Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

CONI, Emilio. *La higiene pública y la organización sanitaria en Colombia*. Buenos Aires: Casa Editorial Minerva (reimpresión), 1921.

CORBIN, ALAIN. Dolores, sufrimientos y miserias del cuerpo. *In: CORBIN, Alain (comp.) (Org.). Historia del cuerpo: de la revolución francesa a la gran guerra*. Madrid: Santillana, 2005, p. 203-255.

CORRAL, Jesús del. *Memoria del ministro de agricultura y comercio al Congreso de 1920*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1920.

CUERVO MÁRQUEZ, Luis. Medicina Social. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XXXV, n. 418, p. 204-207, 1917.

CUERVO MÁRQUEZ, Luis. *Memoria que el Ministro de Gobierno presenta al Congreso de 1921*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1921.

DELAPORTE, Sophie; PROCHASSON, Christophe; RASMUSSEN, Anne. Discours médical et simulation. *In: Vrait et faux dans la Grande Guerre*. Paris: La Découverte, 2004, p. 218-233.

DE LA ROCHE, José Joaquín. Profilaxis de la tuberculosis. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. XVI, n. 10-12, p. 298-338, 1913.

DEL VALLE, Piedad. *La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2010.

DESROSIÈRES, Alain. *Pour une sociologie historique de la quantification: l'Argument statistique I*. Paris: Presses de l'Ecole des mines, 2008.

DUHAMEL, Georges; RESTREPO, Alonso. Los excesos del Estadismo y la responsabilidad médica. **Boletín Clínico**, v. IV, n. 2 (38), p. 72–96, 1937.

DUQUE CARDOZO, Mario Alberto. La asbestosis: entre incrédulos y creyentes. **El Colombiano**, p. 5D, 2006.

ECHARRI, María de. Crónica del movimiento católico femenino. **Revista Católica de Cuestiones Sociales**, v. XXIII, n. 270, p. 347–351, 1917.

EDITORIAL. La fiesta del trabajo. **El Tiempo**, 5244. ed. p. 1, 1926.

ENCISO, ENRIQUE. Problema y campaña contra las enfermedades venéreas. Qué es higiene social? **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v. XIX, n. 19, p. 414–425, 1928.

ESTRADA, Victoria; GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge. Tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, décadas de 1930 y 1940. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. (no prelo), 2015.

EWALD, François. *L'Etat Providence*. Paris: Bernard Grasset, 1986.

FARNSWORTH-ALVEAR, Ann. *Dulcinea in the factory: myths, morals, men, and women in Colombia's industrial experiment, 1905-1960*. Durham, N.C.: Duke University Press, 2000.

FAU. El trabajo ahuyenta los males. **El Sol**, 1000. ed. p. 1, 1914.

FERLA, Luis. O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 30. **Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia**, v. LVII, n. 1, p. 237–263, 2005.

FERREIRA, Cristina. Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication. **Carnets de bord en sciences humaines**, v. 13, p. 78–87, 2007.

FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza, 1986.

FOUCAULT, Michel. La vida: la experiencia y la ciencia. In: RODRÍGUEZ, Fermín (Org.). **Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida**. Buenos Aires: Paidós, 2007, p. 41–57.

FRANCO, Constanancio. *El demonio alcohol*. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea Hermanos, 1888.

FRANCO, Roberto. Anemia tropical. Su causa y medios de evitarla. **La Organización**, 515. ed. p. 2–3, 1910.

FRIEDMANN, Georges. *La crisis del progreso: Esbozo de la historia de las ideas (1895-1935)*. Primera de La crise du progrès esquisse d'histoire des idées, 1895-1935 (1936). Barcelona: Laia, 1977.

FRIEDMANN, Georges. *Problemas humanos del maquinismo industrial*. Trad. María Elena Vela. Buenos Aires: Suramericana, 1956.

GAITÁN AYALA, Manuel J. *Ergografía*. Bogotá, 1946.

GALLO, Óscar. Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948. In: CARDONA RODAS, Hilderman; PEDRAZA GÓMEZ, Zandra (Eds.). **Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina**. Bogotá: Universidad de los Andes, 2014, p. 239–272.

GALLO, Óscar. Modelos de assistência médico-social para os trabalhadores na Colômbia, o caso da Empresa Minera el Zancudo, 1865-1948. **Ciências Humanas e Sociais em Revista**, v. 34, n. 2, p. 122–135, 2012.

GALLO, Óscar. *Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo 1865-1950*. Tesis maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 2010.

GALLO, Óscar; MÁRQUEZ, Jorge. La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950. **Historia Crítica**, n. 45, p. 114–143, 2011.

GARCÉS MEJÍA, Guillermo. *Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Litografía e Imprenta J.L. Arango, Medellín, 1919.

GÁRCES SINISTERRA, Leonardo María. *Resumen de la evolución del concepto de responsabilidad patronal en los accidentes de trabajo*. Tesis de grado para obtener el título de doctor en Ciencias Jurídicas y Económicas, Universidad Javeriana, Bogotá, 1951.

GARCÍA GÓMEZ, Héctor. *Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1948.

GARCÍA, José María. Caja de Seguro Obligatorio en Chile. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**, p. 300–336, 1940.

GARCÍA LONDOÑO, Carlos Edward. *Niños trabajadores y vida cotidiana en Medellín, 1900-1930*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1999. (Colección Clío).

GARCÍA, Luis E. *Diagnóstico diferencial entre el alcoholismo crónico y el chichismo*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1889.

GARCÍA MEDINA, Pablo. Actos de inauguración del Segundo Congreso Médico de Colombia. In: **Memorias del Segundo Congreso Médico de Colombia**. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana, 1913, v. I.

GARCÍA MEDINA, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*. Bogotá: Imprenta nacional, 1932.

GARCÍA MEDINA, Pablo. *El método experimental aplicado a la clínica médica*. Bogotá: La Luz, 1897.

GARCÍA MEDINA, Pablo. Informe de la Junta Central de Higiene. In: **Memoria del Ministro de Gobierno al Congreso de 1917**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1917, p. 25–131.

GARCÍA MEDINA, Pablo. La alimentación de la clase obrera en relación con el alcoholismo (Bogotá, 20 de julio 1910). **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XXIX, n. 345-346, p. 107–119, 1911.

GARCÍA, Víctor. *Remedio secretos y drogas heroicas: historia de los medicamentos en Antioquia 1900-1940*. Medellín: Universidad Nacional, 2008.

GOFF, Jacques Le. *Du silence a la parole. Droit du travail, societe, etat 1830-1989*. Quimper, France: Calligrammes, 1989.

GÓMEZ, Efe. La campana del conde. **En las minas**, v. II, n. 9, p. 372–380, 1935.

GONZÁLEZ GÓMEZ, José. *Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia*. Medellín: Imprenta Oficial, 1923.

GONZÁLEZ GÓMEZ, José. *Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia*. Medellín: Imprenta Oficial, 1925.

GONZÁLEZ GÓMEZ, José. *Memoria que presenta el Secretario de Gobierno al señor doctor Ricardo Jiménez Jaramillo Gobernador de Antioquia*. Medellín: Imprenta Oficial, 1926.

GONZÁLEZ LONDOÑO, César. *Codificación obrera, concordada, comentada y anotada*. Bogotá: Tipografía Granada, 1933.

GREENLEES, Janet. Stop Kissing and Steaming!': Tuberculosis and the Occupational Health Movement in the Massachusetts and

Lancashire Cotton Weaving Industries, 1870-1918. **Urban history**, v. 32, n. 2, p. 223-246, 2005.

GREIFF, Carlos de. *Fisiología e higiene al alcance de todos*. Medellín: Imprenta Oficial, 1906.

GRMEK, Mirko. Le concept de maladie émergente. **His Philos Life Sci**, v. 15, p. 281-296, 1993.

GRMEK, Mirko; SOURNIA, Charles. Las enfermedades dominantes. In: **Histoire de la pensée médicale en Occident**. Trad. Jorge Marquez Valderrama. Paris, Francia: Seuil, 1999, v. 3, p. 271-293.

GUTIÉRREZ, María Teresa. Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. **Revista de Estudios Socio-Jurídicos**, v. 12, n. 1, p. 73-97, 2010.

GUYTON, Gregory P. A Brief History of Workers' Compensation. **The Iowa Orthopaedic Journal**, v. 19, p. 106-110, 1999.

HAIDAR, Victoria. Las pérdidas de jornadas de trabajo por enfermedad, una preocupación de larga duración (Argentina, 1930-2012). **Gaceta laboral (Maracaibo)**, v. 19, n. 1, p. 78-124, 2013.

HAIDAR, Victoria. "Todo hombre en su justo lugar": la "solución" biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955). **Salud colectiva**, v. 7, n. 3, p. 317-332, 2011.

HAIDAR, Victoria. *Trabajadores en riesgo: una sociología histórica de la biopolítica de la población asalariada en la Argentina, 1890-1915*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2008.

HENDERSON, James. *Modernization in Colombia. The Laureano Gómez Years, 1889-1965*. Gainesville: University Press of Florida, 2001.

HERNÁNDEZ, Mario. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica, 1880-1950*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, 2004. (Colección Sede 27).

HERNÁNDEZ, Mario. *La salud fragmentada*. Bogotá: Universidad Nacional, 2002.

HERRERO GONZÁLEZ, Fania. *Mercedes Rodrigo: una pionera de la psicología aplicada en España y en Colombia*. Tesis de Doctorado en Filosofía, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2000.

HERRNSTADT, Ernesto. Gráficos sobre legislación social y organismos del trabajo elaborados por el asesor técnico del

Departamento del Trabajo. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**, n. 72-77, p. 202-215, 1937.

HERRNSTADT, Ernesto. The Problem of Social Security in Colombia. **International Labour Review**, v. 47, n. 1, p. 426-449, 1943.

HYGIAS. Moscas de Milán. **Heraldo Médico**, v. III, p. 21, 1943.

JÁCOME VALDERRAMA, José A. Esquema de nuestra raza. **Heraldo Médico**, v. I, p. 14, 1941.

JALIL-PAIER, Hanni; DONADO, Guillermo. Socio-political implications of the fight against alcoholism and tuberculosis in Colombia, 1910-1925. **Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)**, v. 12, n. 3, p. 486-496, 2010.

JARAMILLO, Ana María. Industria, proletariado, mujeres y religión. In: VELÁSQUEZ, Magdala; REYES CÁRDENAS, Catalina; RODRÍGUEZ, Pablo (Eds.). **Las mujeres en la historia de Colombia**. Santafé de Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social: Presidencia de la República de Colombia: Grupo Editorial Norma, 1995, v. 2, p. 387-424. 3v.

JARAMILLO ARRUBLA, Castor. Discurso del Ministro de Trabajo, pronunciado el 5 de junio de 1955 por la radiodifusora nacional. **Boletín Trabajo**, v. I, p. 167-179, 1955.

JARAMILLO, Carlos Arturo. *La higiene del hombre de letras*. Bogotá: Minerva, 1923.

JIMENO PEÑAREDONDA, Alberto. *La visión en la industria*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1948.

JONES, Helen. An inspector calls: health and safety at work in inter-war Britain. In: **The social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 223-239.

JUNTA DE VOCALOS DE LA OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Código del Trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 2, p. 45-74, 1929.

KALMANOVITZ, Salomón. *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá, Colombia: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2010.

KANAAN, Richard A. A.; WESSELY, Simon C. The origins of factitious disorder. **History of the Human Sciences**, v. 23, n. 2, p. 68-85, 2010.



LANAO, Ramón V. *Endemias del clima del café*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1891.

LANAO TOVAR, José Ramón. Editorial. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VI, n. 45-50, p. 301-305, 1934.

LANAO TOVAR, José Ramón. Orígenes, desarrollo y funciones del Departamento del Trabajo. Conferencia radiodifundida el 12 de noviembre de 1935. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**, n. 72-77, p. 4-8, 1937.

LANAO TOVAR, José Ramón. Resolución número 2 de 1934 por el cual se organiza la labor interna de la Oficina General del Trabajo. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VI, n. 45-50, p. 307-310, 1934.

LE BIANIC, Thomas; VATIN, François. Armand Imbert (1850-1922), la science du travail et le paix sociale. **Travail et Emploi**, n. 111, p. 7-19, 2007.

LLERAS, Roberto. *Consideraciones sobre medicina del trabajo e higiene industrial*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1946.

LLOP, Jose María Borrás. Los límites del primer intervencionismo estatal en el mercado laboral: la Inspección del Trabajo y la regulación del empleo de las mujeres (Cataluña, 1900-1930). **Cuadernos de Historia Contemporánea**, v. 31, p. 149-191, 2009.

LOBATO, Mirta. Historia de las instituciones laborales en Argentina. **Revista de Trabajo**, v. 3, n. 4, p. 145-155, 2007.

LOBO, Manuel. La higiene nacional y la prensa del país. **Revista de Higiene. Órgano del Consejo Superior de sanidad de Colombia**, v. I, n. 92, p. 409-411, 1914.

LOMBANA BARRENECHE, José María. Prevención del alcoholismo. **Revista Médica de Bogotá. Órgano de la Academia Nacional de Medicina**, v. XXIII, n. 277, p. 801-809, 1903.

LONDOÑO, Juan Bautista. Climatología. **Anales Academia de Medicina de Medellín**, v. XIV, n. 9-11, p. 161-174, 1907.

LÓPEZ, Alejandro. *El trabajo. Nociones fundamentales*. 2011. ed. Bogotá: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 1928.

LÓPEZ, Alejandro; SOTO, Manuel J. Accidentes de trabajo. **La Organización**, 871. ed. p. 1, 1912.

LÓPEZ-URIBE, María del Pilar. *Salarios, vida cotidiana y condiciones de vida en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX*.

Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Historia, 2011.

LUNA-GARCÍA, Jairo Ernesto. *Configuración de la salud obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951*. Tesis Historia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011.

LUQUE, Miguel. El decreto Nro. 223 y los barequeros. **Minería**, v. 1, n. 8-9, p. 540-545, 1933.

MACHTAN, Lothar. Workers' insurance versus protection of the workers: state social policy in Imperial Germany. In: **The Social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 209-222.

MADARIAGA, Cesar de. *Introducción al estudio del factor humano en la industria. Nociones de psicoeconomía*. Bogotá: Cooperativa Nacional de Artes Gráficas, 1946.

MÁRQUEZ, Jorge. Comienzos de la lucha antituberculosa en Antioquia. **Estudios**, n. Número especial | Historia de la tuberculosis en América Latina, p. 103-118, 2012.

MÁRQUEZ, Jorge; GALLO, Oscar. Hacia una historia de la lucha antituberculosa en Colombia. **Política & Sociedade**, v. 10, n. 19, p. 71-95, 2011.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. *Ciudad, miasmas y microbios La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. La extensión de la medicalización al mundo rural antioqueño a comienzos del siglo xx. In: GUERRERO, Javier; WIESNER GRACIA, Luis; MARTÍNEZ, Abel Fernando (Orgs.). **Historia Social y Cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX**. Medellín: La Carreta/uPTc, 2010, p. 241-260.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. ¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. VIII, n. 1, p. 133-171, 2001.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge; GARCÍA, Víctor; DEL VALLE MONTOYA, Piedad. La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX. **Quipu**, v. 14, n. 3, p. 331-362, 2012.

MARTÍNEZ, Abel Fernando; GUATIBONZA, Samuel Alfonso. Cómo Colombia logró ser la primera potencia leprosa del mundo: 1869-1916. **Colombia Médica**, v. 36, n. 4, p. 244-253, 2005.

MARTÍNEZ, Juan B. Saturnismo agudo de los dipsomanos. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. VII, n. 5, p. 144–152, 1896.

MARTÍNEZ-PÉREZ, José. El obrero recuperado: Medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (España, 1922-36). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 13, n. 2, p. 349–373, 2006.

MARTÍNEZ SANTAMARÍA, Jorge. *Contribución al estudio de la anemia tropical en Colombia*. Tesis Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta de “La Luz”, Bogotá, 1909.

MARULANDA, Francisco José. *Manifestaciones hereditarias del alcoholismo*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta Eléctrica, Bogotá, 1908.

MARULANDA, Jesus M. *Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento*. Medellín: Imprenta Oficial, 1920.

MARULANDA, Jesus M. *Informe que presenta el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro Nel Ospina Gobernador del Departamento al reunirse la Asamblea de 1919*. Medellín: Imprenta Oficial, 1919.

MAURETHE, Fernand. La organización científica del trabajo y el interes de los obreros. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 7, p. 435–445, 1930.

MAYOR MORA, Alberto. *Ética, trabajo y productividad en Antioquia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1997.

MAYOR MORA, Alberto. *Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)*. Medellín: Eafit, 2001.

MCIVOR, Arthur. Germs at Work: Establishing Tuberculosis as an Occupational Disease in Britain, c.1900–1951. **Social History of Medicine**, 2012. Disponível em: <<http://shm.oxfordjournals.org/content/early/2012/06/13/shm.hks046>>. Acesso em: 7 out. 2013.

MEDINA CERVANTES, Álvaro. Hernia-accidente de trabajo. **Boletín Trabajo**, v. I, p. 87–91, 1952.

MEDINA, MEDÓFILO. La historiografía política colombiana del siglo XX. In: **La historia al final del milenio: ensayos de historiografía colombiana y latinoamericana**. Primera. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994, v. II, p. 433–532. 2v.

MEJÍA RODRÍGUEZ, Paola. De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, n. 24, p. 119–155, 2004.

MELO, Jorge Orlando. La Constitución de 1886. *In*: MELO, Jorge Orlando (Org.). **Nueva Historia de Colombia**. Bogotá: Planeta, 1989, v. III.

MENDES, René. Asbestos and disease: state-of-the-art review and a rationale for urgent change in current Brazilian policy. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 07–29, 2001.

MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales, 1900-1975. **La Mutua**, v. 2 Época, n. 18, p. 171–189, 2007.

MENÉNDEZ-NAVARRO, Alfredo. The politics of silicosis in interwar Spain: Republican and Francoist approaches to occupational health. **Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, n. 28, p. 77–102, 2008.

MENESES FRANCO, Efraim. *Enfermedades y accidentes de trabajo*. Tesis de Derecho, Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, Bogotá, 1949.

MERLANO, Antonio C.; IBARRA, Sergio. El alcoholismo considerado desde el punto patógeno médico-legal y sociológico. **Gaceta Médica. Órgano de los trabajos de la Academia de Medicina de Cartagena**, n. 8 a 11, p. 19–33, 1918.

MILLES, Dietrich. From workers' diseases to occupational disease: the impact of experts' concepts on workers' attitudes. *In*: **The social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 55–77.

MINISTRO DE TRABAJO HIGIENE Y PREVISIÓN SOCIAL. *Anexos de la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1943.

MIRANDA, Néstor; QUEVEDO, Emilio; HERNÁNDEZ, Mario; *et al.* *Historia social de la ciencia en Colombia. Tomo VIII, 2, medicina. la institucionalización de la medicina en Colombia*. Santafé de Bogotá: Colciencias. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, 1993.

MOLERO-MESA, Jorge. ¡Dinero para la cruz de la vida! Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. **Historia social**, n. 39, p. 31–48, 2001.

MOLINA, Carlos Ernesto. La inspección del trabajo en Colombia. **Revista Latinoamericana de Derecho Social**, n. 6, p. 65–92, 2008.

MOLINA, Luis Fernando; CASTAÑO, Ociel. *Una mina a lomo de mula: Titiribí y la empresa minera El Zancudo 1750-1930*. Tesis de grado en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, 1988.

MONCAYO, Víctor Manuel; ROJAS, FERNANDO. *Luchas obreras y política laboral en Colombia*. Bogotá: La Carreta, 1978.

MONCRIFF MARINO, Eduardo. Legislación sobre mendicidad, vagancia, ratería y trabajo de menores. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. VI, p. 428–442, 1934.

MONLAU, Pedro Felipe. *Estudios superiores de Higiene pública y Epidemiología (Asignatura de): curso de 1868 a 1869: lección inaugural dada el 3 de octubre de 1868*. Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, 1868.

MONTAÑA, Eliseo. El alcoholismo en Colombia. Necesidad de fundar la Liga Antialcohólica Nacional. El aplazamiento de la vigencia de la ley 88 de 1923. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v. XVIII, n. 211 (7), p. 3–17, 1927.

MONTAÑA, Eliseo. *La lucha antialcohólica. El alcoholismo en Colombia, y medios de combatirlo*. Bogotá: Dirección Nacional de Higiene. Imprenta Nacional, 1921.

MONTAÑA, Eliseo. Otra vez la ley antialcohólica. Volvemos a la lucha. **Repertorio de Medicina y Cirugía**, v. XXII, n. 2 (254), p. 113–121, 1931.

MONTENEGRO, Santiago. *El arduo tránsito hacia la modernidad: historia de la industria textil colombiana durante la primera mitad del siglo XX*. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia, 2002.

MONTOYA, José María. *Embriaguez*. Medellín: Imprenta de Balcázar, 1861.

MONTOYA, Piedad del Valle; HERNÁNDEZ, Oscar Iván Hernández. *La solidaridad en el cooperativismo y el mutualismo en Antioquia (1870-1930)*. Medellín: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia, 2010.

MORA, Bernardo. Reglamento de Trabajo para la Compañía Minera Arrendataria del Zancudo.

MORALES BENÍTEZ, Otto. *Seguridad social integral*. Bogotá: República de Colombia, Ministerio del Trabajo, 1960.

MORALES, Emilio. *Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo*. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1937.

MORENO, Ignacio. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1922*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1922.

MORICEAU, Caroline. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle: entre connaissance, déni et prévention. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, v. 56, p. 11–27, 2009.

MOURE, José María Cordovez. Delirium Tremens. In: **Reminiscencias de Santafé y Bogotá**. Bogotá: Fundación Editorial Epígrafe, 1893, p. 1400–1428.

MÜLLER, Rainer. A patient in need of care: german occupational health statistics. In: **The Social history of occupational health**. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 127–136.

MUÑOZ, Cecilia; PACHÓN, Ximena. *La niñez en el siglo XX. Salud, educación, familia, recreación, maltrato, asistencia y protección*. Santa Fe de Bogotá: Planeta, 1991.

MUÑOZ, Laurentino. Sociología de la salud. **Revista de la Universidad Nacional**, n. 8, p. 266–272, 1947.

NACKEHENIE, Daniel; PATIÑO CAMARGO, Luis. La actualidad médico-social. Un diálogo internacional sobre la enfermedad de Carrión. **Revista Colombia Médica**, v. II, n. 3-4, p. 95–99, 1940.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; PÔRTO, Ângela. Tuberculosis en Rio de Janeiro: límites de la acción del estado y protagonismo de la liga brasileña contra la tuberculosis. **Revista Estudos**, n. Número Especial, p. 69–83, 2012.

NOELI, Augusto. Uncinariasis. Malaria. Alcoholismo. **La Clínica de Barranquilla**, v. I, n. 15, p. 239–240, 1929.

NOGUERA, Carlos Ernesto. Luta antialcoólica e higiene social na Colômbia, 1886-1948. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 99–123.

NOGUERA, Carlos Ernesto. *Medicina y Política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Eafit, 2003.

NÚÑEZ ESPINEL, Luz Ángela. *El obrero ilustrado: prensa obrera y popular en Colombia, 1909-1929*. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales (CESO), Departamento de Historia, 2006.

OBREGÓN, Diana. *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Eafit, 2002.

OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Convenciones Internacionales sobre el trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 1-2, p. 31-115, 1929.

OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Cuadro que manifiesta el estado de las industrias del país visitadas por los inspectores del trabajo en el año de 1929. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. 1, n. 4, p. 279-280, 1930.

OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Estadística. Promedios de los salarios industriales y agrícolas en la República según los datos que posee la Oficina General del Trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. 1, n. 1, p. 40-41, 1929.

OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. Informe de visita practicada a la fábrica de vidrio Fenicia, la de material refractario Sajonia, la de dulces y pasta El Papagayo y la de curtidos de la Compañía Colombiana. v. I, n. I, p. 12-22, 1929.

OFICINA GENERAL DEL TRABAJO. La higiene del trabajo. **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 1, p. 22-26, 1929.

OLLER, Antonio. Accidentes eléctricos, lumbago y hernia. In: OLLER, Antonio (Ed.). **La práctica médica en los accidentes del trabajo**. Madrid: Morata, 1929, p. 64-82.

OLLER, Antonio; GERMAIN, José. La simulación en general y desde el punto de vista neurológico. In: OLLER, Antonio (Ed.). **La práctica médica en los accidentes del trabajo**. Madrid: Morata, 1929, p. 323-352.

OMNÈS, Catherine. De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d ' un risque acceptable. **Revue D'Histoire Moderne Et Contemporaine**, v. 56, n. 1, p. 61-82, 2009.

ORTÚZAR, Diego. Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 - 1940. **Nuevo Mundo Nuevos [En ligne]**, v. Débats, 2013. Disponible em: <<http://nuevomundo.revues.org/66007>>. Acceso em: 22 out. 2013.

OSORIO, Manuel. Alcoholismo. Conferencia del profesor de patología interna, Señor Doctor Nicolás Osorio, extractada por el

alumno Manuel Prado O. **Revista Médica. Órgano de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales**, v. IX, n. 101, p. 193–198, 1884.

OSORIO, Nicolás. Primer Congreso Médico Nacional. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. V, n. 2, p. 33–72, 1893.

OSSA, Pedro Luis. *Carate observado en Marmato*. Tesis, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1903.

OSTREWICH, T.J. Fuentes de Accidentes. Un estudio sobre las principales causa de ellos (publicado originalmente en Consejo Interamericano de Seguridad Vol. 12 N° 9). **Salud y Trabajo**, v. I, n. 11, p. 13–15, 1950.

OTERO MUÑOZ, Gustavo. La oficina del trabajo. **El Tiempo**, 5261. ed. p. 11, 1926.

PALACIOS, Marco. *El café en Colombia, 1850-1970: una historia económica, social y política*. Bogotá: Ancora Editores, 1983.

PALACIOS, Marco. *Entre la legitimidad y la violencia: Colombia 1875-1994*. Bogotá: Norma, 1995.

PALMER, Steven. "Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis. **Salud Colectiva**, v. 5, p. 403–412, 2009.

PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE. *Actas de la sexta Conferencia sanitaria internacional de las repúblicas americanas, celebrada en Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920*. Washington, D.C.: Publicado bajo los auspicios de la Unión Panamericana, 1921.

PAN AMERICAN, Union. *Quinta conferencia internacional americana, Santiago de Chile, 25 de marzo-3 de mayo, 1923*. [s.l.]: Imprenta del gobierno, 1923.

PAREDES, Antonio. *Memoria del Ministro de Agricultura y Comercio al Congreso de 1923*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1923.

PATÍÑO SUÁREZ, John Jairo. *Compañías extranjeras y fiebre de oro en Zaragoza 1880-1952*. Medellín: IDEA, 1997.

PÉCAUT, Daniel. *Orden y violencia: evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953*. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2001.

PEDRAZA, Sandra. La difusión de la dietética moderna en Colombia: la revista *Cromos* 1940-1986. In: **Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna**. Buenos Aires: Norma, 2005, p. 293–329.

PÉREZ, Francisco de Paula. *Informe del Secretario de Gobierno presentado al señor gobernador del departamento Dr. Manuel M. Toro*. Medellín: Imprenta Oficial, 1922.



PÉREZ, Francisco de Paula. *Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. General Pedro J. Berrio con motivo de las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1927*. Medellín: Imprenta Oficial, 1927.

PÉREZ, Francisco de Paula. *Informe rendido por el Secretario de Gobierno al Sr. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento*. Medellín: Imprenta Oficial, 1928.

PÉREZ, Francisco de Paula. *Memoria que al Sr. General D. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento presenta al Secretario de Gobierno al reunirse la asamblea de 1917*. Medellín: Imprenta Oficial, 1917.

PÉREZ, Francisco de Paula. *Memoria que al Sr. General D. Pedro Justo Berrio gobernador del departamento presenta el Secretario de Gobierno al reunirse la Asamblea de 1918*. Medellín: Imprenta Oficial, 1918.

PÉREZ, Rafael. Demografía: ración alimenticia del peón antioqueño. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. IV, n. 8, p. 246–251, 1892.

POBLETE TRONCOSO, Moisés. Labour legislation in Latin America: I. **International labour review**, v. 17, n. 1, p. 51–68, 1928.

POBLETE TRONCOSO, Moisés. Labour legislation in Latin America: I-II. **International labour review**, v. 17, n. 2, p. 204–230, 1928.

POHL-VALERO, Stefan. “La raza entra por la boca”: Energy, Diet, and Eugenics in Colombia, 1890–1940. **Hispanic American Historical Review**, v. 94, n. 3, p. 455–486, 2014.

POSADA ARANGO, Andrés. El tuntun. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. I, p. 224–227, 1888.

PUTNAM TANCO, Enrique. La medicina del trabajo. **Revista Médica de Medicina y Cirugía de Barranquilla**, v. IV, n. 4, p. 29–33, 1937.

QUEVEDO ÁLVAREZ, Tomas. *Del alcoholismo*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, 1899.

QUEVEDO, Emilio; BORDA, Catalina; ESLAVA, Juan Carlos; et al. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional, 2004.

QUINTERO SANABRIA, Tirso. *Anotaciones a medicina del trabajo*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1949.

RABINBACH, Anson. *The human motor: energy, fatigue, and the origins of modernity*. New York: BasicBooks, 1990.

RAJCHENBERG, Enrique. De la desgracia al accidente de trabajo. Caridad e indemnización en el México revolucionario. **Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México**, v. 15, p. 85–113, 1992.

RAJCHENBERG, Enrique. El Tributo al Progreso: Los Costos del Tránsito al Mundo Fabril. **Journal of Iberian and Latin American Research**, v. 4, n. 1, p. 17–36, 1998.

RAMACCIOTTI, Karina Inés. De la culpa al seguro. La ley de accidentes de trabajo, Argentina (1915-1955). **Mundos do trabalho**, v. 3, n. 5, p. 266–284, 2011.

RAMÍREZ MELENDEZ, Justiniano. *Consideraciones médico-sociales en relación con las incapacidades permanentes en los problemas del trabajo*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Santafe de Bogotá, 1943.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Acción Ministerial. Nuevo gobierno. Nuevas normas. Mas política social. **Boletín Trabajo**, v. I, p. 7–10, 1953.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Código sustantivo del trabajo y Código procesal del trabajo*. Bogotá: Editorial Voluntad, 1964.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto número 637 de 1924 (14 de abril). In: **Memoria presentada al Congreso de la República por el Ministro de Industrias**. Bogotá: Imprenta Oficial, 1924, p. 265–267.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Nueva Tabla de Valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban. **Colombia Medica**, v. V, n. 6, p. 196–200, 1946.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, CÁMARA DE REPRESENTANTES. *Las actas y documentos de la Comisión Especial de la Cámara de Representantes que estudia los diversos proyectos de ley relacionados con la Ley 88 de 1923 sobre lucha antialcohólica*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1928.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1929*. Bogotá: Tipografía romana, 1929.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1930*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1930.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria presentada al Congreso de 1924*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1924.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria presentada al Congreso de 1927*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1927.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE INDUSTRIAS. *Memoria presentada al Congreso de 1928*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1928.

RESTREPO GÓMEZ, Gustavo. *Apuntes sobre enfermedades profesionales*. Tesis para optar al título de doctor en Derecho, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1944.

RESTREPO, José Miguel. Algunos apuntes sobre medicina del trabajo. **Boletín Clínico**, v. VIII, n. 4 (88), p. 161–199, 1942.

RESTREPO, José Miguel. Conceptos que deben reevaluarse para beneficio de la profesión. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. II (Tercera Época), n. 6, p. 486–497, 1948.

RESTREPO, Libia. *La práctica médica en el Ferrocarril de Antioquia*. Medellín: La carreta, 2004.

RESTREPO MEJÍA, Martín. *Cartilla antialcohólica*. Bogotá: Imprenta Nacional, 1913.

RIVERO SEÑA, Mayerlis. Un caso de legitimación y construcción de autoridad: la curarina y el farmaceuta Henrique Luis Román 1884-1914. In: GUERRERO, Javier; WIESNER GRACIA, Luis; MARTÍNEZ, Abel Fernando (Orgs.). **Historia Social y Cultural de la salud y la medicina en Colombia, siglos XVI-XX**. Medellín: La Carreta/uPTc, 2010, p. 155–197.

RODRIGO, Mercedes. La prevención de los accidentes de trabajo. In: OLLER, Antonio (Ed.). **La práctica médica en los accidentes del trabajo**. Madrid: Morata, 1929, p. 388–415.

RODRIGO, Mercedes. Qué puede hacer la psicotecnia por el estudiante. **Revista de la Universidad Nacional**, n. 6, p. 309–320, 1946.

RODRÍGUEZ, Esteban; MENÉNDEZ, Alfredo. Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el

contexto antiintervencionista. **Archivos de Prevención y Riesgos Laborales**, v. 8, n. 2, p. 58–63, 2005.

RODRÍGUEZ, Isidro. Conferencia dictada por el señor J. Isidro Rodríguez en la Universidad Libre (sección obrera) en la noche del 25 de marzo de 1933. **Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo**, v. IV, p. 1209–1217, 1933.

RODRÍGUEZ JÍMENEZ, Pablo. La familia en Colombia. In: **La familia en Iberoamérica 1550-1980**. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2004, p. 247–288.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban; MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo. Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). **Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia**, v. LVIII, p. 219–248, 2006.

RODRÍGUEZ PIÑERES, Julio. *Neurastenia (agotamiento nervioso)*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Imprenta y Libería de Medardo Rivas, Bogotá, 1898.

RODRÍGUEZ ROJAS, Marcos Antonio. *La Inspeccion General del Trabajo: el surgimiento de las fiscalización laboral 1924-1934*. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo, 2010.

ROJAS B., Pedro C. Nuestra legislación social frente al tuberculoso (conclusión). **Heraldo Médico**, v. I, n. 7, p. 19–20, 1940.

ROJAS B., PEDRO C. Nuestra legislación social frente al tuberculoso: seguro social contra la tuberculosis. **Heraldo Médico**, v. 1, n. 7, p. 19, 1940.

ROLDÁN, Diego P. Discourses on the body, the “human motor”, energy and fatigue: cultural hybridations in fin-de-siècle Argentina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. 3, p. 643–661, 2010.

ROSATTI, Peter. La douleur, aux confins du médical, juridique et sociologique. **Douleur et Analgésie**, v. 12, n. 1, p. 1–2, 1999.

ROSEN, George. *The history of Miners Diseases. A medical and social interpretation*. New York: Shuman's, 1943.

ROSENTAL, Paul-André. La silicose comme maladie professionnelle transnationale. **Revue française des affaires sociales**, v. 62, p. 255–277, 2008.

ROSENTAL, Paul-André; DEVINK, Jean-Claude. Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours. **Vingtième siècle**, n. 95, p. 75–91, 2007.

ROSNER, David; MARKOWITZ, Gerald. L'histoire au prétoire. Deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales. **Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine**, v. 56, p. 227–253, 2009.

RUEDA HERRERA, Hernando. *Estudio médico-legal de las heridas. Su pronóstico y elementos para la evaluación de la incapacidad*. Tesis para el doctorado en medicina y cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Editorial Minerva, Bogotá, 1927.

RUIZ, Prospero. La amenaza de la salud de las minas. **Revista de Higiene de Bogotá**, v. XVIII, n. 5, p. 16–40, 1937.

SÁENZ ARBELÁEZ, Francisco; AYERBE, Julio Manuel. Informe del abogado de la Oficina General del Trabajo, doctor Francisco Sáenz Arbeláez, y el ingeniero de minas, doctor Julio Manuel Ayerbe, sobre las explotaciones auríferas de “The Frontino Gold Mines Limited” en el municipio de Segovia (Antioquia). **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. V, n. 39–44, p. 90–122, 1934.

SALAMANCA AGUILERA, Rafael. La importancia de los estudios sociológicos. **Heraldo Médico**, v. I, p. 2–3, 1941.

SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Enfermedades profesionales. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 4, p. 3–7, 1948.

SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. *Medicina del Trabajo*. Bogotá: Lerner, 1962.

SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 3, p. 3–9, 1948.

SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. XVII, n. 2, p. 15–37, 1948.

SARMIENTO LÓPEZ, Guillermo. Trabajo y enfermedad. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. VIII, n. 47–48, p. 74–79, 1946.

SERPA FLÓREZ, Fernando. *El cultivo del café en Colombia y sus aspectos médico-sociales*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1953.

SILVA, Julio César. *Aspectos del accidentes de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana*. Tesis para optar al título de doctor en Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1945.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA DEL TRABAJO. Examen de admisión empleados y obreros no especializados. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 3, p. 12–19, 1947.

SOTO, Guillermo. *Silicosis*. Tesis Facultad medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, 1941.

STEIN, Oswald. La implantación del seguro social obligatorio. **Boletín del Departamento Nacional del Trabajo**, n. 81, p. 3–53, 1942.

TAMAYO TRUJILLO, Juan Bautista. Beriberi, epidemia de Junín y La Hermosa. **Anales de la Academia de Medicina de Medellín**, v. II, n. 8-11, p. 316–329, 1889.

TARAZONA, Luis. *Responsabilidad común y responsabilidad por accidentes de trabajo*. Tesis de grado para obtener el título de Doctor en Ciencias Jurídicas, Universidad Javeriana, Bogotá, 1939.

TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. El salario dominical (Editorial, El Espectador, 17 de septiembre 1923). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 368–369.

TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. La realidad social (Editorial, El Espectador, 8 de enero 1924). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 443–445.

TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. Los licores (El Espectador, “Mesa de Redacción”, Medellín, 2 de junio de 1920). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 149–150.

TEJADA, Luis; CANO, Gilberto Loaiza. Reformas sociales (El Espectador, 20 de octubre de 1920). In: **Nueva antología de Luis Tejada**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p. 173–175.

THOMANN, Bernard. L ’ hygiène nationale , la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon ( 1868-1960 ). **Revue d’Histoire Moderne et Contemporaine**, v. 56, p. 142–176, 2009.

THOMPSON, Edward Palmer. *A formação da classe operária inglesa II: A maldição de adão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

TORO, Gabriel. Conferencias sobre higiene. **Anales de la Escuela Nacional de Minas**, v. 6, n. 1, p. 360–371, 1913.

TORRES TORRIJA, Jorge. ¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional? **Revista Médica de Medicina y Cirugía**, v. IV, n. 8, p. 31–42, 1938.

TOVAR ZAMBRANO, Bernardo. *La intervención económica del estado en Colombia, 1914-1936*. Bogotá, Colombia: Biblioteca Banco Popular, 1984.

ÚBEDA Y CORREAL, José. *El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)*. Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914.

UREGUI, Antonio José; ROJAS, Tiberio. Nuestra democracia y el obrero colombiano (Discurso pronunciado en la sesión solemne de la Sociedad Unión el 7 de mayo de 1913). In: **Conferencias**. Bogotá: Imprenta de Gaceta, 1913.

URIBE CALAD, Agapito. *Trastornos medulares de origen complejo en los mineros*. Medellín: Imprenta del departamento, 1892.

URIBE CUALLA, Guillermo. El abuso del alcohol como factor de delincuencia en Colombia. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. XIV, n. 75-76, p. 13-33, 1955.

URIBE CUALLA, Guillermo. Informe a la Academia Nacional de Medicina sobre la hernia-enfermedad profesional. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. IX, n. 51-52, p. 116-119, 1947.

URIBE CUALLA, Guillermo. La campaña antialcohólica. Regresamos otra vez hacia el chichismo? **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. XXII, n. 99-100, p. 161-165, 1967.

URIBE CUALLA, Guillermo. *Medicina Legal*. Bogotá: Editorial Nueva, 1934.

URIBE CUALLA, Guillermo. *Medicina Legal y psiquiatría forense*. Bogotá: Librería Voluntad, 1939.

URIBE OLARTE, Jorge. Importancia de accidentes de trabajo. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 4, p. 8-10, 1948.

URIBE, Rafael Uribe. *Escritos políticos*. Medellín: El Ancora Editores, 1984.

URIBE URIBE, Rafael. *Los problemas nacionales*. Bogotá: Imprenta Eléctrica, 1910.

URIBE URIBE, Rafael. Los problemas nacionales (I). **La Organización**, 594. ed. p. 1-2, 1911.

URIBE URIBE, Rafael. Los problemas nacionales (II). **La Organización**, 595. ed. p. 1-2, 1911.

VALBUENA, Martiniano. *Memorias de Barrancabermeja*. Bucaramanga: Editorial El Frente, 1997.

VALDIVIESO, Julio. *Alcoholismo en Colombia*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Tipografía Minerva, Bogotá, 1918.

VALERO TAVERA, Pablo. Observaciones a la tabla de valuación de incapacidades y al régimen de accidentes del trabajo. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 7, p. 3–8, 1949.

VALERO TAVERA, Pablo. Observaciones a la tabla de valuación de incapacidades y al régimen de accidentes del trabajo. **Revista de Medicina Legal de Colombia. Órgano de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá**, v. XI, n. 57-58, p. 168–185, 1949.

VALERO TAVERA, Pablo. Un problema social. **Salud y Trabajo**, v. I, n. 4, p. 1, 1948.

VALLEJO NÁGERA, Antonio. *La enfermedad simulada*. 1ª Edición de 1934. Barcelona: Salvat, 1951.

VARGAS, João Tristan. *O trabalho na ordem liberal: o movimento operário e a construção do Estado na Primeira República*. Campinas: CMU Publicações, Centro de Memória-Unicamp, 2004.

VATIN, François. *Trabajo, ciencias y sociedad: ensayos de sociología y epistemología del trabajo*. Buenos Aires: Lumen, 2004.

VEGA CANTOR, Renán. *Gente muy rebelde: enclaves, transportes y protestas obreras*. Bogotá: Ediciones Pensamiento Crítico, 2002.

VEGA CANTOR, Renán. *Gente muy rebelde: Mujeres, artesanos y protestas cívicas*. Bogotá: Pensamiento Crítico, 2002.

VERGARA DELGADO, Jorge. Consideraciones sobre una política asistencial sanitaria. **Heraldo Médico**, v. VII, n. 106, p. 12–17, 1949.

VERGARA DELGADO, Jorge. Medicina Industrial e Higiene Industrial. **Colombia Médica**, v. V, n. 6, p. 166–177, 1946.

VIGARELLO, Georges. *Lo limpio y lo sucio*. Madrid: Alianza, 1991.

VILLA, Gabriel Jaime. *La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo*. Tesis Doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1942.

VILLEGAS, Álvaro. La elite intelectual colombiana y la nación imaginada: raza, territorio y diversidad (1904-1940). **Anuario de historia regional y de las fronteras**, v. 11, n. 1, p. 45–71, 2006.

VILLEGAS, Álvaro. Raza y nación en el pensamiento de Luis López de Mesa: Colombia, 1920-1940. **Estudios Políticos**, n. 26, p. 209–232, 2005.



VILLEGAS GÓMEZ, Hernán Darío. *La formación social del proletariado antioqueño, 1880-1930*. Medellín: Concejo de Medellín, 1990.

VINCENT, Julien. Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. **Genèses**, v. 4, n. 89, p. 88–111, 2012.

WEINDLING, Paul. Linking self-help and medical science: the social history of occupational health. *In: The Social history of occupational health*. London: Croom Helm for the Society for the Social History of Medicine, 1985, p. 2–31.

WESSELY, Simon. Malingering: historical perspectives. *In: HALLIGAN, Peter W; BASS, Christopher M; OAKLEY, David A (Eds.). Malingering and illness deception*. New York: Oxford University Press, 2003, p. 31–41. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlabk&db=nlabk&AN=130753>>. Acesso em: 5 ago. 2014.

Fisiología del reposo (traducción de Hygiène du Travail). **Boletín de la Oficina General del Trabajo**, v. I, n. 4, p. 220–222, 1930.

Recomendaciones del I Congreso Médico-social Panamericano. **Heraldo Médico**, v. V, p. 25–28, 1946.